

APROBAT,

MINISTRU
Nicolae BĂNICIOIU

APROBAT,

p. PREȘEDINTE
Radu ȚIBICHI

REFERAT

pentru aprobarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

Având în vedere:

- prevederile Hotărârii de Guvern nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015;

- dispozițiile art. 217 alin. (4) și art. 281 alin. (2) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

propunem aprobarea Ordinului alăturat, ce conține următoarele elemente de noutate:

1. Având în vedere prevederile **O.U.G. nr. 2/2014** pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, a fost elaborat Proiectul de hotărâre a Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

În consecință, au fost **revizuite pachetele de servicii** (de bază și minimal) pentru toate segmentele de asistență medicală, precum și condițiile acordării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv **a fost eliminat pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ** (de la segmentele de asistență medicală la care se regăsea acest tip de pachet de servicii) în coroborare cu reglementările O.U.G. nr. 2/2014 și cele ale proiectului de hotărâre a Guvernului mai sus menționat.

2. Au fost revizuite obligațiile furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate, atât în concordanță cu reglementările O.U.G. nr. 2/2014 (ex.: au fost introduse obligații privind: dosarul electronic al pacientului; obligația furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control documente medicale

și administrative existente la nivelul entităților controlate și necesare actului de control), cât și în coroborare cu prevederile Proiectului de hotărâre a Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Totodată, au fost revizuite reglementările privind sancțiunile aplicate în cazul nerespectării obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale (prevăzute în modelele de contract/convenții), în concordanță cu prevederile proiectului de hotărâre a Guvernului mai sus menționat.

3. Au fost revizuite reglementările privind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care beneficiază în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România următoarele categorii de persoane:

- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate,
- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;
- pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.

SECRETAR GENERAL

George DIGA

p. DIRECTOR GENERAL

Liliana MIHAI

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

Având în vedere Referatul de aprobare nr. din al Ministerului Sănătății și nr. din al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (4) și art. 281 alin. (2) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. 1. - Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, prevăzute în anexele nr. 1 - 48, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. - Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 mai 2014. De la această dată se abrogă Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anii 2013 - 2014, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 174 și 174 bis din 29 martie 2013.

Art. 3. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Nicolae BĂNICIOIU

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Radu ȚIBICHI

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1 servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- 1.2 supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.3 consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuziei
- 1.4 consultațiile de planificare familială
- 1.5 servicii de prevenție de la data intrării în vigoare a art. 220 și art. 262¹ din Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare
- 1.6 activități de suport

1.1 Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, în aceleași condiții ca și pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista proprie, cu încadrarea în prevederile de la art.1, alin.(3) lit. a) din anexa 2 la ordin.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa

la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.2.1: Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

1.3 Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuzei:

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;

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

NOTA: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

1.4. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:

- a) consilierea persoanei privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se acordă două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

1.5. Serviciile de prevenție pentru unele boli cronice și condițiile acordării acestora de către medicul de familie - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 220 și art. 262¹ din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

1.6 Activitățile de suport - eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1 servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice
- 1.2 servicii medicale de prevenție și profilaxie
- 1.3 servicii medicale la domiciliu
- 1.4 servicii medicale adiționale
- 1.5 activități de suport

1.1 Servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice

1.1.1 Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1 Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu.

1.1.1.2 Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art.1, alin.(3) lit. a) din anexa 2 la ordin.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliu pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de reabilitare medicală în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

1.1.2.1: Consultațiile la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizările unor afecțiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/asigurat se decontează maxim 2 consultații.

NOTA: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea a generală a asiguraților cu boli cronice - altele decât cele specificate la pct. 1.1.4. se vor realiza pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația pacientului privind-autoîngrijirea.

1.1.3.1: Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează maxim 1 consultație pe lună.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronșic; boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC); boala cronică de rinichi.

1.1.4.1: Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include: 4 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului; recomandare pentru investigații paraclinice; bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului se face trimestrial și cuprinde 1-3 consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.

1.1.4.2 Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în:

- evaluarea afectării organelor țintă
- stratificarea nivelului de risc

- stabilirea planului de management : stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneza;
- examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA;
- bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice: în vederea efectuării: hemoleucogramă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serica, acid uric, creatinina serica, EKG, examinarea fund de ochi și determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț;

Intervențiile de modificare a riscului includ:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică
- intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și /sau terapie medicamentoasă

- educație pentru auto - îngrijire

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular crescut și/sau diabet zaharat tip 2

Monitorizarea activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și/sau diabet zaharat tip 2, cuprinde:

- bilanțul periodic al controlului terapeutic - trimestrial
- evaluarea evoluției afecțiunii – screening-ul complicațiilor/ afectarea organelor țintă - ~~trimestrial~~ semestrial
- tratament/ajustarea medicației – lunar /trimestrial

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- examen clinic în cabinetul medicului de familie
- bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice specifice, semestrial
- determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț și HbA1c, după caz
- bilet de trimitere pentru evaluări de specialitate conform următoarelor criterii:
- sfaturi igienico-dietetice și educație pentru auto - îngrijire

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în:

- stratificarea nivelului de severitate
- întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial
- examen clinic în cabinetul medicului de familie : inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități
- trimitere pentru investigații paraclinice/explorări funcționale : hemoleucograma, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară, pulsoximetrie, după caz
- trimitere pentru evaluare de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă conform următoarelor criterii:

Inițierea intervențiilor terapeutice include:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat
- astm bronșic - ținta terapeutică – controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile (trepte terapeutice I-V GINA)
- BPOC - ținta terapeutică – renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență

Monitorizarea activă a cazului luat în evidență, cuprinde:

- reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat trimestrial
- educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat semestrial
- evaluarea răspunsului la tratament și ajustarea terapiei pentru controlul simptomelor - lunar/trimestrial

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- anamneza, factori declanșatori cauze de control inadecvat,

- examen clinic în cabinetul medicului de familie : inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități
- evaluarea riscului de exacerbare a BPOC (GOLD 2011)
- trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice și explorări funcționale pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații, radiografie pulmonară, după caz.
- trimitere pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie alergologie și medicină internă – conform următoarelor criterii:

Educația pacientului

- sfaturi pentru modificarea stilului de viață : fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/ vaccinare antigripală

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

- a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în:
- b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență:

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice, sunt:

1.2.1 Consultațiile preventive sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârstă 0-18 ani privind:

- a. creșterea și dezvoltarea;
- b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform Anexei 3 C.

1.2.1.1: Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

- a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a. se decontează o consultație. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează o consultație
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultație
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere; se decontează o consultație

1.2.2.1: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.

NOTA: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală - se va realiza după cum urmează:

1.2.4.1 *Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 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 și sex corespunzătoare, conform Anexei 3 C. Se decontează maxim 2 consultații/asigurat o dată la 3 ani. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.4.2 și se decontează maxim 2 consultații/asigurat anual.

1.2.4.2 *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 și sex corespunzătoare conform Anexei 3 C. Se decontează maxim 2 consultații/asigurat anual.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.2.4.1. Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.2.6. Consultații 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. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează maxim două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.3. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie asiguraților înscrși pe lista proprie sunt consultații acordate în afara cabinetului asiguraților de pe lista proprie, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu, pacienților nedeplasabili, copiilor 0 -1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase, lehzurilor și persoanelor în vederea constatarii decesului.

1.3.1. Consultațiile la domiciliu se acordă de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie, astfel: maxim 2 consultații pentru fiecare episod acut / subacut / acutizări ale bolilor cronice, maxim 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 21 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

1.4. Serviciile medicale adiționale reprezintă servicii care se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz.

1.4.1. Serviciile adiționale sunt:

- a) Efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate
- b) Ecografie generală - abdomen și pelvis

NOTA 1: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 19 la ordin.

NOTA 2. Numărul maxim de ecografii generale și examene EKG – efectuare și interpretare, ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.4.2. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății.

1.4.2.1. Aceste servicii reprezintă consultațiile ce se acordă asiguraților conform pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 și pct. 1.3 și pentru care, suplimentar, după caz, se efectuează ecografie generală-abdomen + pelvis- și/sau EKG care se transmit medicilor de specialitate din ambulatoriu, în vederea interpretării.

NOTĂ: Consultația prevăzută la punctul 1.4.3 nu se acordă ca și consultație prevăzută la pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 și pct. 1.3.

1.5 Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat medical constatator al decesului (cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate.

NOTĂ: Activitățile de suport sunt, consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

C. Pachetul de servicii în asistența medicală primară pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/spațiului economic european/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al parlamentului european și al consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1.1 și 1.2 și la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la li. B.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ**în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale**

ART. 1 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabilește astfel:

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani și peste
Număr de puncte/persoană/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1*): Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani).

NOTA 2*): În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate (copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență) și persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% față de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituționalizate (copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență) sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

NOTA 3*): Pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani și peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita" conform art. 1 alin. (2) se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de

contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

3. Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană este de 1.800.

4. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi și/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane înscrise programul zilnic se majorează cu 1 oră iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

5. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte „per capita”/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la Capitolul I din Anexa 2 la HG nr./2014, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 23.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100% ;
- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 23.000 dar nu mai mult de 29.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 29.000 dar nu mai mult de 34.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50 %;
- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 34.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75 %;

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială /zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) și (5) de la capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială /zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din Anexa 2 Hotărârea Guvernului nr./2014, se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 14 capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) și alin. (5) de la capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au

obligăția ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni în condițiile art. 1 alin. (6) de la capitolul I din Anexa 2 la actul normativ mai sus menționat. Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relației contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârșitul celor 3 luni. Dacă după prelungirea relației contractuale se constată, odată cu validarea listei de persoane asigurate înscrise, că nu este îndeplinită condiția privind numărul minim de persoane asigurate înscrise, contractul poate înceta în condițiile art. 1 alin. (6) de la capitolul I din Anexa 2 din actul normativ mai sus menționat.

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) și alin. (5) de la capitolul I din Anexa 2 din actul normativ mai sus menționat, venitul se stabilește conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care și-au desfășurat activitatea ca medici angajați într-un cabinet medical individual aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele situații:

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008..... Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.....

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la litera B punctele din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical/caz ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	FRECVENȚĂ/PLAFON	NR. PUNCTE
PACHET MINIMAL		
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată	5,5 puncte /consultație
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lehuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
4. Servicii de planificare familială	2 consultații/an calendaristic/persoană	5,5 puncte /consultație
5. Eliberarea certificatului medical constatator al decesului	1 consultație	5,5 puncte /consultație
PACHET DE BAZĂ		
1. Monitorizare activă prin plan de management integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2-, astm bronșic, BPOC și boală cronică de rinichi		
a. evaluarea inițială a cazului nou depistat	4 consultații în primul trimestru/asigurat	20 puncte /trimestru
b. monitorizarea activă a cazului luat în evidență	1 – 3 consultații/trimestru/asigurat	20 puncte /trimestru
2. Serviciile medicale preventive și profilactice		
a. asiguraților cu vârsta 0-18 ani		
a1 - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
a2 - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
a3 - la 2, 4, 6, 9, 12,15,18, 24, 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte /consultație
a4 - de la 4 la 18 ani	1 consultație /an	5,5 puncte /consultație
3. Monitorizarea evoluției		

sarcinii și lăuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic		
4.1 – asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/asigurat odată la 3 ani	5,5 puncte /asigurat
	2 consultații/asigurat anual pentru persoanele asimptomatice depistate cu risc înalt	5,5 puncte /asigurat
4.2 – asigurați cu vârsta > 40 ani	2 consultații/asigurat anual	5,5 puncte /asigurat
4. Servicii la domiciliu		
5.1 Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte /consultație
5.2 Episod acut/ subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte /consultație
5.3 Episod cronic	4 consultații/an/asigurat	15 puncte /consultație
5. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală		
5.1 efectuate la cabinet	1 consultație	6 puncte /consultație
6.2 efectuate la domiciliu	1 consultație	15,5 puncte /consultație

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plată pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

a.2 În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului titular.

b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultație este de 15 minute;

- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4;

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet se ia în calcul o medie de de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de consultații/zi, cu condiția asigurării continuității acordării asistenței medicale pe întreg parcursul trimestrului.

- maxim 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 21 consultații pe lună.

c) Serviciile cuprinse la litera A și litera B punctele

din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte.

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

a) medicamentele și, după caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizează prescripția medicală electronică sau formularul de prescripție medicală cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală electronică distinctă;

b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul, care se consemnează în fișa de consultație și în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola și raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absență mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activității sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activității, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligații contractuale aflați în evidența acestora, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

În situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea și de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, reprezentând cel puțin 1/2 din programul de activitate al medicului înlocuit.

(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehzuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru cu cel puțin 1/2 din programul de activitate al medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual.

În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract și ștampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, aferentă perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului, urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligațiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire. Pentru situațiile de reciprocitate între medici, aceștia încheie o convenție de înlocuire pe bază de reciprocitate, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

(2) Convenția de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor agreeat de medicul înlocuit, pentru perioade de absență mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenție cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

(3) Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se ștampila cabinetului și parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie și prescripțiile medicale ale

medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare referitoare la serviciile cuprinse în plata de serviciu se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cât și cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2014 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu medical, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1;

b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.

ART. 7 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 8 (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de lei, valabilă pentru anul 2014.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este delei, valabilă pentru anul 2014.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita și pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per capita și pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita și pe serviciu, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu.

(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu.

ART. 9 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

ART. 10 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 11 Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 12 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului "per capita" și la valoarea definitivă a punctului pe serviciu stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistența medicală primară, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 14 (1) În aplicarea art. 17 alin. (1) de la capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate la cabinetul medical, precum și în cazul participării la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie

să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

ART. 15 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua și interpreta aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

Serviciile medicale paraclinice se execută în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală primară, astfel încât să nu fie afectat timpul alocat consultațiilor stabilit potrivit art. 1 alin. (3) lit. b).

ART. 16 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

I. CERERE DE ÎNSCRIERE - model -

Nr. înregistrare _____ / _____ VIZAT*),
 Unitatea sanitară
 CUI
 Sediul (localitate, str. nr.)
 Casa de Asigurări de Sănătate
 Nr. contract/convenție
 Medic de familie
 (semnătură și parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____, C.N.P. _____
 _____/cod unic de asigurare _____, data nașterii _____
 _____, domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____
 _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud./sector _____, act de identitate _____,
 seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data _____,
 telefon _____, solicit înscris(ă) pe lista dumneavoastră

Declar pe propria răspundere: **)

1. că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie. ☐
2. solicit înscris(ă) mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscris(ă) deoarece:
 - a survenit decesul medicului pe lista căruia sunt înscris(ă) ☐
 - medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate ☐
 - a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă) ☐

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / /

Semnătura:

 *) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscris(ă), respectiv semnătura și parafa acestuia.

**) Se bifează una din situațiile în care se află asiguratul

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare _____ / _____

VIZAT*),

Unitatea sanitară

CUI

Sediu (localitate, str. nr.)

.....
Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. contract/convenție

Medic de familie

(semnătură și parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____,

C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / cod unic de asigurare
|_|, data nașterii

_____, domiciliat(ă) în _____ str.

_____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud./sector _____, act de

identitate _____, seria _____, nr. _____, eliberat de _____,

la data _____, telefon _____, solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin

transfer de la medicul de familie _____ din unitatea sanitară _____ str.

_____, nr. _____ jud./sector _____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / /

Semnătura:

-

*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura și parafa acestuia.

Furnizor de servicii medicale

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)*¹⁾ legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2014 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de *²⁾

Subsemnatul(a)*³⁾ legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2014 este/sunt valabilă/valabile și conformă/conforme cu evidențele proprii existente la data de *⁴⁾, pentru următorii medici de familie:

-
-
-

NOTĂ:

*¹⁾ Pentru cabinetele medicale individuale

*²⁾, *⁴⁾ Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*³⁾ Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

1. Serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex

2. Riscograma pe grupe de vârstă și sex

- a. Pentru persoanele asimptomatice cu vârstă între 18 și 39 ani
- b. persoanele asimptomatice cu vârstă > 40 ani

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular

- cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat

- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, str. nr., telefon fix/mobil, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, asigurate înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, asigurate înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, asigurate înscrise pe lista proprie.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr...../2014.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; 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 condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr...../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și 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 Națională 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 Națională 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 și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor

medicale si recomandarilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația 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 condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență. Pentru asigurații care se află în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

n) să monitorizeze perioadele de absență 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 cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 12 alin. (1) - (3) din H.G. nr....../2014 posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. /2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități 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 și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu

diagnosticul, ca o consecință 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 investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. /2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile 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 își desfășoară 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 și pachetul de servicii de bază, în limita competenței 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 funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și 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 și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;

ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, 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 dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în anexa 2A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris.

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați 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 ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respecta modelul prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de

90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție 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 situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuti/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ah) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ai) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

aj) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități și lista afecțiunilor cronice sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ak) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe 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 și care nu se mai află în relație 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 național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ao) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;

ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aq) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 11 de la Capitolul I din Anexa 2 la H.G. nr...../2014:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 14 de la Capitolul I din Anexa 2 la H.G. nr...../2014, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiate pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este delei, valabilă pentru anul 2014.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:%*);

b) cu gradul profesional:

- medic primar %;

- medic care nu a promovat un examen de specialitate %.

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației Biosferei "Delta Dunării" se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea; în condițiile în

care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și nr. de puncte „per capita”/an depășește 18700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.700 - 23.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 23.001 - 29.000;

1.6.3. - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 29.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la Capitolul I din Anexa 2 la H.G. nr...../2014, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 23.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100% ;
- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 23.000 dar nu mai mult de 29.000 puncte inclusiv , numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 29.000 dar nu mai mult de 34.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50 %;
- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 34.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75 %;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de lei, valabilă pentru anul 2014.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

b) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

c)

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația 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 asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu medical.

(3) 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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, 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, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ah), aj), al) și am), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de

sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 3 lit. ag), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale 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, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, 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, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(8) Reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) - (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3) - (6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 12 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 13 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 de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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 își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. z) af), aq) și art. 6 lit. (2) din H.G. nr...../2014;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 9 alin. (3), (4) și (6) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 9 alin. (5).

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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 condițiile art. 15 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menține 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) din HG nr....2014, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din HG nr....2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. x), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul 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 situație.

ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 19 Valoarea definitivă a unui punct per capita și a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 20 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

ART. 21 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al
Direcției economice,
.....
Director executiv al
Direcției relații contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

- cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

- dovada de evaluare a unității sanitare nr.,

- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.,

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,

- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului,

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,

- copie a actului de identitate pentru medici, asistenții medicali/soră medicală/moașă,

- programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctului secundar de lucru;

- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar,

- lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele asigurate înscrise pentru medicii nou-veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent,

- declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor asigurate înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014

- lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) și/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*) (anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)

între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr.,
(numele și prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județ/sector, telefon: fix, mobil, adresa de e-mail fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)
și
Medic înlocuitor,
(numele și prenumele)
Codul de parafă
Codul numeric personal
cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției:

1. Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contractul nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie
2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se actualizează, după caz.

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an
2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) -

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafă proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și câte un exemplar revine părților semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,

Medicul înlocuitor

.....

.....

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență în limita a două luni/an.

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE *)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)

între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor**I. Părțile convenției de înlocuire:**

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon: fix, mobil adresa de e-mail fax, reprezentată prin președinte - director general

pentru

Medicul înlocuit

(numele și prenumele)

din cabinetul medical, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare, al cărui reprezentant legal este:

.....,

(numele și prenumele)

având codul numeric personal nr.

și

Medic înlocuitor

(numele și prenumele)

Codul de parafă

Codul numeric personal

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. sau contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr. (în situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor)

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contract nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an

2. concediu de sarcină sau lehuzie

3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, care depășește două luni/an

5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate

6. perioada de rezidențiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate

7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit)

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.**)

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligația față de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare și de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca/Trezoreria statului

2. Pentru punctajul "per capita" și punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției economice
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

Medicul înlocuitor,
.....

De acord,
Reprezentant legal al
cabinetului medical*)**
.....

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.

**) Pentru situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, iar preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programului de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, cu cel puțin 1/2 din programul de activitate al medicului înlocuit.

***) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

**CONVENȚIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară**

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentată prin,

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr., telefon: fix/mobil, adresă de email

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 (1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzute în anexa 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata convenției

ART. 3 Prezenta convenție este valabilă o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze

permanent această listă în funcție 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 convenție, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnat electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din H.G nr..../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și 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;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

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

j) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 12 alin. (1) - (3) din H.G. nr..../2014 posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și 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 convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr...../2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități 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 și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;
- g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, program asumat prin convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate;
- j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției;
- k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare

denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. /2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenției 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 își desfășoară 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 și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) să își constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale și să comunice lunar casei de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora le-a acordat servicii medicale;

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și 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 și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;

ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

(af) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicină a muncii sunt obligați 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 ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respecta modelul prevăzut anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție 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 situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuti/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ag) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ah) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ai) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în anexa 44 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, la sfârșitul primei luni - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici;

aj) în cazul încetării/rezilierii convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe 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 și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

ak) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

al) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

am) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ap) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

VI. Modalități de plată

ART. 6 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:

Medicii de familie nou-veniți într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5;

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie nou-venit în componența cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:

a) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

b) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

c)

.....

ART. 7 (1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în convenție, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) din H.G. nr..../2014 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) din H.G. nr..../2014 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ag), ai), ak) și al), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 5 lit. af), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) din H.G. nr..../2014 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) din H.G. nr..../2014 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 5 lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) din H.G. nr..../2014 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) din H.G. nr..../2014 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 5 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 8 Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 9 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 10 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării convenției și care împiedică executarea acesteia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

ART. 11 Convenția 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 de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform convenției, 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convențiilor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenția 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, convenția se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. z), ap) și art. 6 lit. (2) din H.G. nr..../2014;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 7 alin. (1), (2) și (4) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3).

ART. 12 (1) Convenția de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției 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 dorește încetarea convenției, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 13 lit. a - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenția încheiată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării convenției.

(3) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenție a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract/convenție de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării convenției.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în convenție, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 13 Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr..../2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. x) , cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitate de membru sau suspendare din exercițiul 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 situație.

ART. 14 Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

ART. 15 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea convenției

ART. 16 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 17 Dacă o clauză a acestei convenții ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezenta convenție de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției economice
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

ANEXA 1 la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.

.....
Documentele*) pe baza cărora se încheie convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

.....
- cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii convenției,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în convenție funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii convenției;

- dovada de evaluare a unității sanitare nr.,

- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.,

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,

- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data încheierii contractului,

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,

- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali/soră medicală/moașă,

- programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctului secundar de lucru;

- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar.

Documentele necesare încheierii convenției, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) și/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1 consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- 1.2 consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.3 consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehziei - se aplică de la data intrării în vigoare a art. 220 și 262¹ din Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare.
- 1.4 consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială - se aplică de la data intrării în vigoare a art. 220 și 262¹ din Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare.

1.1 Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările și completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTĂ: Consultația include toate serviciile medicale necesare, în limita competenței medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situației care pune în pericol viața pacientului și/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depășesc posibilitățile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate.

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.2 Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic – include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo -epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.3 Consultații pentru monitorizarea evoluției sarcinii și lehziei se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 220 și art. 262¹ din Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare.

1.4. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 220 și art. 262¹ din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1 servicii medicale - consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală,
- 1.2 servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice
- 1.3 servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni cronice
- 1.4 depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.5 servicii de planificare familială
- 1.6 servicii diagnostice și terapeutice
- 1.7 servicii de sănătate conexe actului medical

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament- se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgență la medicii din specialitățile clinice, aceștia pot elibera prescripții medicale pentru o perioadă de 3 zile.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.2 Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de

laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și 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 specialități, după caz
- eliberare de concediu medical, după caz

1.2.1: Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, se acordă maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

1.2.2: Consultația 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 inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr 13, 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 și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.2.4: Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- efectuarea unor manevre terapeutice
- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.2.4.1: Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.2.4.2: Pentru situațiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3 Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni cronice, cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.
- bilet de trimitere către alte specialități /internare, după caz.
- eliberare de concediu medical, după caz

1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se acordă o consultație pe lună sau pe trimestru pe asigurat, după caz.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, prevăzute în anexa nr. 44 la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri

1.3.2: Consultația 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 inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr. 13 și 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 și a treia consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere

1.3.4: Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- efectuarea unor manevre terapeutice
- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor,

scoaterea ghipsului.

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

1.3.4.2: Pentru situațiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5: Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie, în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice – astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate efectuează în cabinet proceduri/recomandă investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de familie, după caz.

1.4 Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagi de cotizare.

1.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

1.5 Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se acordă două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

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

1.6 Servicii diagnostice și terapeutice

1.6.1 Interpretarea ecografiei generale - abdomen și pelvis - și EKG-ului standard ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății, în vederea acordării, nu necesită bilet de trimitere.

1.6.2 Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos.

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
A. Proceduri diagnostice simple - punctaj: 10 puncte		
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	oftalmologie
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	obstetrica-ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicina internă
6	peak-flowmetrie	alergologie, pneumologie, medicina internă
7	spirometrie	alergologie, pneumologie, medicina internă
8	pulsoximetrie	medicina internă
9	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ);	alergologie
10	teste de provocare nazală, oculară, bronșică;	alergologie
11	teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)	alergologie
12	test la ser autolog	alergologie
13	testare cutanată la anestezice locale	alergologie
14	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie
15	examinare cu lampa wood	dermatologie
16	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț	reabilitare medicală, chirurgie, reumatologie, neurologie, diabet și boli nutriționale, medicina internă
17	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie

18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii)	neurologie, diabet, medicina internă
19	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMS, Raisberg)	neurologie, psihiatrie
B. Proceduri diagnostice de complexitate medie – punctaj: 20 puncte		
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	orl
5	audiograma	orl
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	orl
7	dermatoscopie	dermatologie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	cardiologie, medicina internă
9	Holter TA	cardiologie, medicina internă
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	
11	EEG standard	neurologie
12	spiogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie, pneumologie, medicina internă
13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reabilitare medicală, reumatologie,
C. Proceduri diagnostice complexe - punctaj: 40 puncte		
1	examen electroneuromiografic	neurologie
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie

4	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie
5	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate	neurologie
6	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie
7	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie
8	colposcopia	obstetrica-ginecologie
9	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	cardiologie, medicina internă
D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple – punctaj: 15 puncte		
1	extractie de corpi straini - conjunctiva, corneei, sclera, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale si sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratatamentul chirurgical al pingueculii	oftalmologie
4	tratatamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleopă, conjunctivă;	oftalmologie
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL	orl
10	extractie corpi straini: coduct auditiv extern, nas, faringe;	orl
11	aspiratia si lavajul sinusului nazal prin punctie	orl
12	tratatament chirurgical al traumatismelor ORL	orl
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	orl
14	terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale	obstetrica-ginecologie

15	insertia dispozitivului intrauterin	obstetrica-ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatologie
17	crioterapia in leziuni cutanate	dermatologie
18	tratatamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente plăgi (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).	dermatologie, chirurgie
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatologie, chirurgie
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II	dermatologie, chirurgie
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%	dermatologie, chirurgie
22	terapia chirurgicală a panarițiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatologie, chirurgie
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatologie, chirurgie
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatologie, chirurgie
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)	dermatologie, chirurgie
26	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinova	chirurgie
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie
28	terapia chirurgicală a edemului dur si seromului posttraumatic	chirurgie
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie
32	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii	chirurgie
33	tratatamentul plăgilor	chirurgie
34	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie

E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe - punctaj: 25 puncte

1	tratatamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	orl
4	extragere fibroscopica de corpi străini din căile respiratorii superioare	orl
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col	obstetrica-ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrica-ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrica-ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatologie, chirurgie
9	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinval	chirurgie
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	chirurgie
11	terapia chirurgicală a hematomului	chirurgie
12	dilatația stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie

F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple – punctaj: 7puncte

1	aerosoli/sedinta (maxim 3 sedinte)	alergologie, pneumologie, pediatrie, reabilitare medicala, orl
2	toaleta auriculara unilateral (2 proceduri)	orl
3	administrare tratament prin injectarea partilor moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitatile

G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie - punctaj 11 puncte

1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locala sau generală/sedinta (maxim 4 sedinte)	dermatologie
---	---	--------------

2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust) /sedinta (maxim 4 sedinte)	dermatologie
4	mezoterapia - injectare terapeutica paravertebrala și peri artriculare	neurologie, reabilitare medicala, dermatologie, reumatologie
5	probe de repositionare vestibulară	neurologie
6	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate	alergologie
7	administrare tratament prin punctie intravenoasa	toate specialitatile
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe – punctaj: 14 puncte		
1	punctii si infiltratii intraarticulare	ortopedie, reumatologie, reabilitare medicala
2	instilatia uterotubara terapeutica	obstetrica-ginecologie
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinică)	ortopedie, reumatologie, reabilitare medicala, neurologie
I. Tratamente ortopedice medicale – punctaj: 20 puncte		
1	tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrațului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.	ortopedie
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patelui, umărului; disjunție acromioclaviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară.	ortopedie
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.	ortopedie
4	tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață	ortopedie
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață	ortopedie
6	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.	ortopedie
J. Terapii psihiatrice – punctaj: 15 puncte		
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuala si familiala	psihiatrie

2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții);	psihiatrie
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist);	psihiatrie
4	terapia cognitiv-comportamentală	psihiatrie

NOTĂ: Pentru efectuarea procedurilor care necesită dotare cu aparatură, furnizorii trebuie să facă dovada deținerii legale a acestora.

1.7 Servicii de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie și psihopedagogie specială - logopezi și kinetoterapeuți și pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie și psihiatrie pediatrică,
- ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică
- reumatologie
- oncologie medicală
- diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
- hematologie
- nefrologie

1.7.1 Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a) Neurologie și Neurologie pediatrică

a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:

a1.1) - evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic

a1.2) - consiliere psihologică clinică pentru copii/adult

a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială -logoped:

a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut

a3.1) - kinetoterapie individuală

a3.2) - kinetoterapie pe 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 și 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 /intervenție de psihopedagogie specială - logoped

b2.3) - exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)

c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:

c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:

- c1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic
 - c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adult
 - 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 și 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
 - d) Reumatologie
 - Servicii furnizate de kinetoterapeut
 - d1) - kinetoterapie individuală
 - d2) - kinetoterapie pe grup
 - d3) - kinetoterapie pe aparate speciale:
 - dispozitive mecanice
 - dispozitive electromecanice
 - dispozitive robotizate
 - e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie și 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 și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice
 - g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
 - Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet zaharat
 - h) Hematologie
 - Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice
 - i) Nefrologie
 - Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu insuficiența renală cronică - dializă
- 1.7.2: Serviciile de kinetoterapie se acorda conform unui plan recomandat de medicul de reabilitare medicala prin scrisoare medicală.

2. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contact de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate:

Nr. crt.	
1	Alergologie și imunologie clinică
2	Boli infecțioase
3	Cardiologie
4	Chirurgie cardiovasculară

5	Chirurgie generală
6	Chirurgie pediatrică
7	Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
8	Chirurgie toracică
9	Dermatovenerologie
10	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11	Endocrinologie
12	Gastroenterologie
13	Genetică medicală
14	Geriatrică și gerontologie
15	Hematologie
16	Medicină internă
16	Nefrologie
17	Neonatologie
19	Neurochirurgie
20	Neurologie
21	Neurologie pediatrică
22	Oncologie medicală
23	Obstetrică-ginecologie
24	Oftalmologie
25	Otorinolaringologie
26	Ortopedie și traumatologie
27	Ortopedie pediatrică
28	Pediatrică
29	Pneumologie
30	Psihiatrie
31	Psihiatrie pediatrică
32	Reumatologie
33	Urologie
34	Chirurgie vasculară
35	Radioterapia
36	Chirurgie orală și maxilo-facială

3. Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia

4. Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	32,40 puncte	-
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4	21,6 puncte	

ani		
e. Consultația de planificare familială	10,8 puncte	
f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	21,6 puncte	
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se majorează cu 2 puncte.

Consultațiile de la lit. a - d și f - g din tabelul de mai sus și punctajele aferente sunt corespunzătoare și consultațiilor ce sunt furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății. În cadrul acestor consultații este cuprinsă și interpretarea investigațiilor medicale paraclinice ecografie generală –abdomen și pelvis și EFG, transmise de medicii de familie prin sistemul de telemedicină.

5. Pentru competența/atestatul de studii complementare în planificare familială se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr./2014 și a prezentelor norme.

6. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în anexa 17 ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa anexa 20 la ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător, stabilit prin contractul încheiat.

8. Servicii de acupunctură – consultații, cură de tratament

În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

9.1 Consultația de acupunctură: se acordă o singură consultație pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de lei.

9.2 Cura de tratament: se acordă maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei

9.3 Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic

B. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/ELVEȚIA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă, sau după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ**în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură**

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceștia și cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, planificare familială nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute).

c) pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi.

d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații;

În situația în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultații și servicii medicale contra cost.

(2) Serviciile de sănătate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 40 de puncte în medie pe zi, convenite celui care le prestează, reprezentând consultații și/sau servicii, după caz.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001 și după caz organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate și tipul de servicii de sănătate conexe conform anexei nr. 7 la ordin și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004.

ART. 4 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice se calculează prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială, precum și furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical astfel obținută este valabilă și pentru serviciile medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se defalcchează pe trimestre.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice, prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate și validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care asiguratul solicită în nume propriu și în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de lei. Suma contractată se defalcchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură-consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de reabilitare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale-caz finalizate și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură respectiv pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8.5, decontarea lunară a serviciilor medicale-cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (..... lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură-cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de

zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultații de acupunctură și cazurilor-cure de acupunctură.

Art. 7 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice și acupunctură facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

ART. 8 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice și acupunctură, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, acupunctură și planificare familială pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, acupunctură și planificare familială, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 10 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr.13 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 44 la ordin și serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție biletele de trimitere pentru specialități clinice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru specialități clinice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice și acupunctură păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

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

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice și acupunctură au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Furnizor de servicii medicale
 Medic
 Specialitatea
 Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
 Nr. contract

FIȘA DE MONITORIZARE
în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate
pentru specialitățile clinice și reabilitare medicală

Nume: Prenume:
 Data nașterii:

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cod unic de asigurare: |_|

Sex: M/F

Adresa:

Diagnostic:

Data luării în evidență:

Comorbidități:

Factori de risc:

Data programării Examinări clinice	Data realizării	Concluzii/Recomandări/Tratament	Semnătura, parafa și ștampila

Investigații paraclinice

Tip investigație	Data programării	Rezultat/Data efectuării/Concluzii	Semnătura, parafa și ștampila

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile
clinice și acupunctură

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin administratorul

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură, conform

Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014, în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură și planificare familială:

- a)
- b)

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură se face de către următorii medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr....../2014

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă public în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; 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 condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr....../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei

de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și 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 Națională 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 Națională 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 și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere /recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația 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 afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate de medici conform specialității clinice și competențe/atestare de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și **care** au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în anexa 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr...../2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități 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 și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;
- g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare

denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuti/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile 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 specialitățile clinice, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin anexa..... la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință 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 investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr./2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în H.G. nr./2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online> dacă persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării.

ș) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

ț) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

u) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și prescripția medicală care este formular cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează.

x) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile 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 își desfășoară 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 asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice este prevăzută în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Confederației Elvețiene titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu 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 și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul

medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ad) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și 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 afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea 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 național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ai) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile 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/de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate/până la data prevăzută în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

ak) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. aj), toate prescripțiile 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 asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere. În aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2014 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

b) gradul profesional medic primar%.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este delei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

*) în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 - număr mediu zile de tratament contractat. Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 12 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 13 (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 sancțiuni:

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art.7 lit. a) - c), e) - h), j) - u), v), x), z), ab) - ae) și ag) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale 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 și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

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 situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale 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 situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak) , se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialitățile clinice a obligației prevăzute la art. 7 lit. af) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența 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 situații:

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 își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială și acupunctură de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 excepția situațiilor 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 obligațiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) din H.G. nr..../2014 și la art. 7 lit. aa) și al)

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (3).

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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 condițiile art. 16 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr. .../2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitate de membru sau suspendare din exercițiul 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 situație.

ART. 17 (1) Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 18 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției
Economice,
.....
Director executiv al Direcției
Relații Contractuale,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Reprezentant legal,
.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract și funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentat casei de asigurări de sănătate până la cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
- act/acte doveditor/doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical nr., cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - avizul de liberă practică, atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România nr., tipul serviciilor furnizate și programul de activitate pentru persoanele care prestează servicii de sănătate conexe actului medical
- pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004;
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor,

- lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în anexa 44 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice-ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ
ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA
CLINICĂ DE REABILITARE MEDICALĂ**

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Servicii medicale – consultații, serii de proceduri - în specialitatea clinică de reabilitare medicală

1.1. Consultația medicală de specialitate - inițială, cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea și recomandarea explorărilor necesare și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- bilanțul articular anatomic și funcțional, bilanțul muscular, bilanțul global gestual și întocmirea planului de recuperare;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice prescrierea tratamentului medical igienico-dietetic și fizical și de reabilitare medicală, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

1.2 Consultația 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 depășească 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 afecțiuni	
2. Galvanizare	
3. Ionizare	
4. Curenți diadinamici	
5. Trabert	
6. TENS	
7. Curenți interferențiali	
8. Unde scurte	
9. Microunde	
10. Curenți de înaltă frecvență pulsatilă	
11. Ultrasunet	
12. Combinație de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență	
13. Magnetoterapie	
14. Laser-terapie	
15. Solux	
16. Ultraviolete	
17. Curenți cu impulsuri rectangulare	
18. Curenți cu impulsuri exponențiale	
19. Con tracția izometrică electrică	
20. Stimulare electrică funcțională	

21. Băi Stanger
22. Băi galvanice
23. Duș subacval
24. Aplicații cu parafină
25. Băi sau pensulații cu parafină
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limf masaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizație cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală
33. Hidrokinetoterapie parțială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracțiuni vertebrale și articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulații periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice și robotizate
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
40. Băi de plante
41. Băi de dioxid de carbon și bule
42. Băi de nămol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Împachetare generală cu nămol
46. Împachetare parțială cu nămol
47. Aplicație de unde de șoc extracorporeale
48. Aplicația de oscilații profunde
49. Speleoterapia/salinoterapia

Procedurile de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Procedurile de la pct. 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de reabilitare medicală.

1.3.1: Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de reabilitare medicală este de maxim 21 zile/an/ asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maxim 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maxim două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.

1.3.2: În cazul unor perioade de tratament fracționate la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală, pentru fiecare perioadă de tratament se decontează o consultație inițială și o consultație de reevaluare, dar nu mai mult de două consultații inițiale și două consultații de reevaluare pe an / asigurat.

1.3.3: Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate reabilitare medicală, decontată pentru un asigurat include 4 proceduri /zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de reabilitare medicală cu factori terapeutici naturali.

1.4 Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală se decontează 2 consultații/ trimestru pentru aceeași afecțiune.

1.5 Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în H.G. nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea reabilitare medicală din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, se decontează o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeași perioadă.

1.6 Consultațiile de specialitate reabilitare medicală se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în Anexa 13 la norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.7. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contact de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală:

- reabilitare medicală
- recuperare, medicină fizică și balneologie

1.8. Lista afecțiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de reabilitare medicală este:

Nr. Crt.	AFECȚIUNI
1.	Atrofii sistemice afectand in special sistemul nervos central
2.	Tulburari extrapiramidale si ale motricitatii
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afectiunile nervilor, radacinilor si plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii si alte afectiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afectiuni ale jonctiunilor mioneurale si musculare
7.	Paralizia cerebrala si alte sindroame paralitice
8.	Status post infarct miocardic acut
9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficiența cardiacă clasa NYHA I și II
11.	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I și II
12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afecțiuni ale țesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post intervenții chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

1.9. Tariful pe consultație în specialitatea clinică reabilitare medicală este de lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

1.10. Recomandarea pentru serviciile de reabilitare medicală se poate face de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor iar procedurile specifice de

reabilitare medicală se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate reabilitare medicală.

1.11. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de reabilitare medicală acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este delei/zi.

Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de reabilitare medicală atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ**în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală**

ART. 1 (1) Unitățile ambulatorii de reabilitare medicală din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa 10 la ordin.

(2) 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-consultații, respectiv tariful pe consultație delei și numărul de servicii medicale de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabilește conform anexei 11 B și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(4) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală, conform prevederilor din anexa 11 B la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală.

(5) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de reabilitare medicală se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

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

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale-consultații și a numărului de zile de tratament de reabilitare medicală se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale-consultații de reabilitare medicală acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale-consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată de 15 minute în

medie. Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultații, poate scade sau crește corespunzător;

b) serviciile medicale - zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr de maxim 21 zile/an/ asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maxim 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale

(8) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultații și numărului de zile de tratament de reabilitare medicală.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația de servicii medicale de reabilitare medicală vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale-consultații și numărul de cazuri de reabilitare medicală acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în Anexa 11 B, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de reabilitare medicală.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale-consultații și numărul de zile de tratament de reabilitare medicală acordate numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în anexa 13 care permit prezentarea direct la medicul de specialitate reabilitare medicală.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilit de medicul de specialitate clinică reabilitare medicală.

(13) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale-consultații;

b) numărul de zile de tratament de reabilitare medicală realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele prevăzute la art. 1 alin. (2), după caz, în limita sumelor contractate.

Art. 2 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale reabilitare medicală facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar și depune/transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

ART. 3 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică reabilitare medicală care nu se regăsesc în anexa nr.10 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici, precum și alte categorii de personal. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate di, specialitatea clinică reabilitare medicală pot prescrie medicamente cu sau fără

contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 5 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitățile clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 44 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

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

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

(4) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 44 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

ART. 7 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Furnizor de servicii medicale de reabilitare
medicală.....
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă)
cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de
reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește
conform legii, declar pe propria răspundere că **am** ☐ /**nu am** ☐
contract de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală
și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice,
Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu

CAP. I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului este acoperit prin prezența unui medic de specialitate reabilitare medicală.

CAP. II La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 50%

B. Evaluarea resurselor umane 50%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare, conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor H.G. nr./2014 și într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale "second hand" din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de

eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1 Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

- Aparat cu 1 canal și vechime 1 - 10 ani = 16 puncte/aparat
- Aparat cu 2 canale și vechime 1 - 10 ani = 24 puncte/aparat
- Aparat cu 3 canale și vechime 1 - 10 ani = 28 puncte/aparat
- Aparat cu 4 canale și vechime 1 - 10 ani = 32 puncte/aparat
- Combină de terapie fizică și vechime 1 - 10 ani = 20 puncte/combină
- Cădă de hidroterapie - vechime 1 - 10 ani = 10 puncte/1 cădă

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE:

NOTA 1: Numărul de 2, 3 sau 4 canale ale unui aparat reprezintă posibilitatea pentru efectuarea terapiei la 2, 3, respectiv 4 pacienți în același timp.

NOTA 2: La contractare se va ține cont de:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră - la stabilirea acestuia se va lua în calcul: un număr mediu de 4 proceduri /ora/canal pentru aparatele de fizioterapie, respectiv 2 proceduri/ora pentru cazile de hidroterapie

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistentul de fizioterapie cu pregătire superioară și medie de specialitate, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului este de 10 proceduri/8 ore.

Ajustarea punctajului total în funcție de condițiile prevăzute la litera a) și b) se stabilește astfel:

A.2 Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafața utilă a sălii este între 8 - 15 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 20 puncte; pentru o dotare superioară față de prevederile ordinului mai sus menționat se acorda 3 puncte în plus

- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 30 puncte; pentru o dotare superioară față de prevederile ordinului mai sus menționat se acorda 3 puncte în plus

- Suprafața utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie și dotare superioară față de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare = 33 puncte

A.3 Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 20 puncte;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte.

TOTAL puncte resurse tehnice

NOTA 1: Sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor își desfășoară activitatea cel puțin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală. Punctajele pentru lit. A.2 și A.3 se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală) pentru o normă întreagă (8 ore). Pentru fracțiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 și A.3 se ajustează proporțional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează și pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 50%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent balneofizioterapie, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală sau maseur - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. medic în specialitatea reabilitare medicală:

- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă
- medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală - 15 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE

Program de activitate săptămânal al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână = 5 puncte
- TOTAL puncte

Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obținut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obținut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu, se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală)

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, reprezentată prin
președinte - director general

și

- unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin
- cabinetul medical de specialitate, organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin
- societatea de turism balnear și de reabilitare medicală, constituită conform Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de reabilitare medicală, aprobată cu modificările și completările ulterioare prin Legea nr. 143/2003, reprezentată prin

- ambulatoriul de specialitate ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fax, e-mail Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală.

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de reabilitare medicală asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

ART. 4 Serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicală.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr..../2014, 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 condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr..../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională 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 și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și

fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

i) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014;

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical-consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

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 asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (2) din H.G. nr....../2014.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități 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 și/sau tratate în ambulatoriu;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuti/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile 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, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit ~~prin~~ în anexa.... la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință 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 investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

- n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. /2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014;
- r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în H.G. nr. /2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării.
- s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;
- ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- ț) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și de la data la care se implementează formularele electronice menționate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
- w) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile 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 își desfășoară 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 pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală este prevăzută în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, 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 asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența 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 și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

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 evidențe distincte și 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 național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ag) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură

electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile 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/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ai) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ah), toate prescripțiile 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 asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

ak) să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea acestora.

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultație*)/zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - Consultații			
zile de tratament aferele seriilor de proceduri			

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de

sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament reabilitare medicală realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de reabilitare medicală din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente

tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 18 (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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații pentru fiecare dintre aceste situații

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. a) – c) , e - h), j) – u), w), y), aa) - ae), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale 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 și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni:

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 situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale 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 situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ai), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ai) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. ak) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, se reziliază deplin 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 situații:

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 își 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 excepția situațiilor 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative

privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. z), aj) și art. 45 alin. (3) din H.G. nr./2014

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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 condițiile art. 21 lit. a) , cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) -

(4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 21 Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 41 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr.../2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. x), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitate de membru sau suspendare din exercițiul 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 situație

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 26 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,

.....
Director executiv al Direcției economice,

.....

.....
Director executiv al Direcției Relații contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.

.....,

- dovada de evaluare a furnizorului nr. valabilă la data încheierii contractului;

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal

- cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentat casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

- programul de lucru al furnizorului;

- lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia;

- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr.

.....,

- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr.;

- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr.;
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului,
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare;
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 11A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014
- notă de fundamentare privind:
 - a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform fișelor tehnice ale aparatelor.
 - b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistenții medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

LISTA

cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Purtătorii de proteze valvulare și pace-maker
3. Malformații congenitale și boli genetice
4. Insuficiență renală cronică în stadiul predialitic
5. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
6. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
7. Bolile de collagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
8. Aplazia medulară
9. Anemii hemolitice endo- și exoeritrocitare
10. Trombocitemia hemoragică
11. Talasemia majoră
12. Histiocitozele
13. Telangectazia hemoragică ereditară
14. Purpura trombocitopenică idiopatică
15. Trombocitopatii
16. Purpura trombotică trombocitopenică
17. Boala von Willebrand
18. Coagulopatiile ereditare
19. Tumori cu potențial malign până la și după elucidarea diagnosticului
20. Boala Wilson
21. Malaria
22. Tuberculoza
23. Mucoviscidoza
24. Boala Addison
25. Diabet insipid
26. Psihoze
27. Miastenia gravis
28. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
29. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
30. Gravide cu risc obstetrical crescut
31. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
32. Astm bronșic sever
33. Glaucom
34. AVC - la medicul neurolog în cazul tratamentelor cu risc vital* (anticoagulante)
35. Insuficiență venoasă cronică
36. BPOC
37. Steatohepatita activă non-virală
38. Anomaliile anatomice esofagiene (operate)
39. Achalazia
40. Esofagita eozinofilică
41. Boala peptică ulceroasă/neulceroasă gastroduodenală
42. Gastroenterocolita alergică
43. Enteropatia glutenică
44. Bolile inflamatorii intestinale cronice: boala Crohn, colita ulcerativă
45. Insuficiența pancreasului exocrin: fibroza chistică, sindromul Schwachmann

46. Sindromul de malabsorbție
47. Hepatita cronică virală (virusurile hepatitice B, C, D și virusurile CMV, EBV)
48. Steatohepatita non-alcoolică (NASH) pediatrică
49. Sindromul Gilbert
50. Litiaza biliară
51. Malformațiile de căi biliare intrahepatice (sindromul Caroli, hipoplazia ductulară etc.)
52. Pseudoobstrucția intestinală cronică
53. Boala Hirschprung
54. Bolile nutriționale (rahitism carențial comun, malnutriția proteinocalorică la sugar și copii, supraponderea și obezitatea pediatrică)
55. Malformații congenitale renale complicate cu infecții de tract urinar
56. Displazii/Hipoplazii renale
57. Nefropatii glomerulare (sindrom nefrotic, glomerulonefrite cronice progresive etc.)
58. Disfuncții urinare (enurezis, incontinența urinară etc.)
59. Tubulopatii și nefrocalcinoză
60. Boala litiazică
61. Vasculitele complicate cu boala renală de tip glomerular
62. Rinita alergică
63. Dermatita atopică și urticaria cronică
64. Bronșiectazia și complicațiile pulmonare supurative
65. Strabism
66. Vicii de refracție și tulburări de acomodare
67. Afecțiuni ale aparatului lacrimal 0 - 3 ani
68. Autism infantil
69. ADHD

NOTA 1:

Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus se face numai în următoarele situații:

1. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare;
2. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru tot anul în curs, conform fișei de monitorizare prevăzută în anexa nr. 8 A.

NOTA 2:

1. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.
2. Medicul de specialitate care are în evidență bolnavul are obligația de a depune la contractare lista cu asigurați-bolnavi cu afecțiuni cronice în evidență.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarif lei	Suma decontată de CAS		
			Copii 0-18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale ¹
1. *)	Consultație - include modelul de studiu, controlul oncologic și igienizare		100%		100%
	*) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Tratamentul cariei simple		100%		100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie prin infiltrație		100%		100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic		100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare		100%		100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale cu anestezie prin infiltrație		100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie prin infiltrație		100%	100%	100%
8.	Extracția la dinții temporari cu anestezie prin infiltrație		100%		100%
9.	Extracția la dinții permanenți cu anestezie prin infiltrație		100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei		100%	100%	100%
	**) În situația în care se efectuează în aceeași sedință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
11.	Decapuşonarea la copii		100%		
12	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulară		100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă			60%	100%
	***) Se acordă o dată la 10 ani				
14.****)	Reparație/rebazare proteză			100%	100%
	****) Se acordă o dată pe an				
15.	Element acrilic copii până la 18 ani		100%		
16.	Element metalo-acrilic copii până la 18 ani		100%		
17.	Reconstituire coroană radiculară copii până la 18 ani		100%		
18.*****)	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbuță și capelină		100%		
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință		100%		
20.*****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale		100%		
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte		100%		
22.*****)	Reparație aparat ortodontic		100%	100%	
23.	Menținătoare de spațiu mobile		100%		
	*****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.				
24*****)	Sigilare/dinte		100%		100%
	*****) 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 dentiști, cu excepția celor de la punctele 18, 20 și 22.

2: Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la punctele: 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 și 22.

3: Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la punctele 1, 2, 4 și 24.

4 : Formula dentară :

Dinți permanenți

11 incisiv medial dreapta sus

12 incisiv lateral dreapta sus

13 canin dreapta sus

14 primul premolar dreapta sus

15 al doilea premolar dreapta sus

16 primul molar dreapta sus

17 al doilea molar dreapta sus

18 al treilea molar dreapta sus

21 incisiv medial stânga sus

22 incisiv lateral stânga sus

23 canin stânga sus

24 primul premolar stânga sus

25 al doilea premolar stânga sus

26 primul molar stânga sus

27 al doilea molar stânga sus

28 al treilea molar stânga sus

31 incisiv medial stânga jos

32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos

34 primul premolar stânga jos

35 al doilea premolar stânga jos

36 primul molar stânga jos

37 al doilea molar stânga jos

38 al treilea molar stânga jos

41 incisiv medial dreapta jos

42 incisiv lateral dreapta jos

43 canin dreapta jos

44 primul premolar dreapta jos

45 al doilea premolar dreapta jos

46 primul molar dreapta jos

47 al doilea molar dreapta jos

48 al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

51 - incisiv medial dreapta sus

52 - incisiv lateral dreapta sus

53 - canin dreapta sus

54 - molar dreapta sus

55 - molar dreapta sus

61 - incisiv medial stânga sus

62 - incisiv lateral stânga sus

63 - canin stânga sus

64 - molar stânga sus

65 - molar stânga sus

71 - incisiv medial stânga jos

72 - incisiv lateral stânga jos

73 - canin stânga jos

- 74 - molar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv medial dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - molar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

5. : În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

Dată fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6.: Medicii de medicină dentară pot efectua radiografia dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse în anexa nr... la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurării pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr._... la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

7: Serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 3, 5, 8, 9, 13 și 24 se acordă astfel:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%.

- Pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%.

- Pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Administrației și Internelor, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

1. Serviciile din pachetul minimal sunt servicii de urgență prevăzute la punctul 2 de la lit. A.
2. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la punctul 22.
3. Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la punctul 4.
4. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.
5. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate – radiografii dentare și tratamentul prescris.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/~~Elveția~~ Confederației Elvețiene, 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 lit. B din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ**în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară**

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

ART. 2 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 3 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

- a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) și lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;
- d) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), se majorează cu 50%.

e) suma orientativă pe medic este delei/lună.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

(3) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adițional.

(4) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 4 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 5 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 14 la ordin.

Art. 6 Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale, de medicină dentară facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

ART. 7 Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr.14 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul

pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 8 În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 9 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin
președinte - director general,
și
- cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și
funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:
- cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular
.....;
- cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat
.....;
- societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator
.....;
- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii
societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare,,
reprezentată prin;
- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele
sanitare proprii,, reprezentată prin;
- ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv
al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice,
siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin, în calitate de reprezentant
legal al unității sanitare din care face parte;
- Centrul de diagnostic și tratament, centru medical și - unitate cu personalitate juridică
....., cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et.
...., ap., județul/sectorul, telefon fax, e-mail
....., reprezentat prin
- Centrul de sănătate multifuncțional, având sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax
....., reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în
asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform
Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a
Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului
de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al
președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea
Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea
medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii
de bază și în pachetul minimal de servicii de medicină dentară
, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în
anul 2014 a H.G. nr./2014 în următoarele specialități

a)

- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr..../2014 .

V. Obligațiile părților

ART. 6 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr..../2014, 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 de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr..../2014 furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională 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 și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală și materiale sanitare acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

i) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară și radiografie panoramică), numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

k) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ART. 7 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform H.G. nr./2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se ~~pot~~ transmite numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități 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 și/sau tratate în ambulatoriu.

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință 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 investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr...../2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;

q) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile în H.G. nr...../2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online> dacă persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în

care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării.

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ș) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;

ț) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și de la data la care se implementează formularele electronice menționate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

u) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile 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 își desfășoară 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 național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aa) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile 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/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ac) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ab), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

ad) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

ae) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 14 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet, stabilită conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea:
Codul de parafă al medicului:
Cod numeric personal:
Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea:
Codul de parafă al medicului:
Cod numeric personal:
Program zilnic de activitate ore/zi

c)
.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 15 (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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j) – t), u), w), y), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

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 situații.

(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 situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ac): se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ac) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 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 situații:

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 își 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative

privind sumele decontate din fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 excepția situațiilor 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 obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. x) și ad);

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. 15 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 15 alin. (3);

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de medicină dentară își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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 condițiile art. 18 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în

contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 18 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr. .../2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. v), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentiști de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

ART. 19 Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate

pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu puțință spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicină dentară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției
Economice,
.....

Director executiv al Direcției
Relații Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Reprezentant legal,
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal,
- cont nr., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr., deschis la Banca
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentat casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (pentru fiecare medic dentist) nr.,

- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului,

- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști nr.,

- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr.

- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, după caz, precum și programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor

- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE
ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE
PARACLINICE**

**A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ
AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE**

1. Lista investigațiilor paraclinice –analize de laborator

Nr. Crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat - lei -
Hematologie			
1	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari *1)	
2	2.6002	Numărătoare reticulocite	
3	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin *3)	
4	2.6040	VSH *1)	
5	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO *1)	
6	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh *1)	
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă *1)	
8	2.6101	Timp Quick și INR *1) (International Normalised Ratio)	
9	2.6102	APTT	
10	2.6103	Fibrinogenemie *1)	
Biochimie - serică și urinară			
11	2.1002	Proteine totale serice *1)	
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice *1)	
13	2.1011	Uree serică *1)	
14	2.1012	Acid uric seric *1)	
15	2.1014	Creatinină serică *1), **)	
16	2.1015	Bilirubină totală *1)	
17	2.1016	Bilirubină directă *1)	
18	2.1020	Glicemie *1)	
19	2.10303	Colesterol seric total *1)	
20	2.10304	HDL colesterol *1)	
21	2.10305	LDL colesterol *1)	
22	2.10306	Trigliceride serice *1)	
23	2.10402	TGP *1)	
24	2.10403	TGO *1)	
25	2.10404	Creatinkinaza CK	
26	2.10406	Gama GT	
27	2.10409	Fosfatază alcalină *1)	
28	2.10500	Sodiu seric *1)	
29	2.10501	Potasiu seric *1)	
30	2.10503	Calciu seric total *1)	
31	2.10504	Calciu ionic seric *1)	
32	2.10505	Magneziemie *1)	
33	2.10506	Sideremie *1)	

34	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment) *1)	
35	2.2604	Dozare proteine urinare *1)	
36	2.2622	Dozare glucoză urinară *1)	
Imunologie			
37	2.2500	TSH *1)	
38	2.2502	FT4 *1)	
39	2.2509	Hormonul foliculostimulant FSH	
40	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	
41	2.2514	Cortizol	
42	2.2521	Testosteron	
43	2.2522	Estradiol	
44	2.2523	Progesteron	
45	2.2525	Prolactină	
46	2.327091	Anti-HAV IgM *1)*2)	
47	2.327092	Ag HBs (screening) *1)*2)	
48	2.327093	Anti HCV *1)*2)	
49	2.32710	Testare HIV la gravidă *1)	
50	2.40000	ASLO *1)	
51	2.40010	VDRL *1) sau RPR *1)	
52	2.40013	Confirmare TPHA *1), *4)	
53	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori	
54	2430011	Complement seric C3	
55	2430012	Complement seric C4	
56	2.43010	IgG seric	
57	2.43011	IgA, seric	
58	2.43012	IgM seric	
59	2.43014	IgE seric	
60	2.40053	Proteina C reactivă *1)	
61	2.43040	Factor reumatoid	
62	2.43044	ATPO	
63	2.43135	PSA	
64	2.43136	free PSA *6)	
Microbiologie			
Exudat faringian			
65	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	
66	2.50102	Examen fungic exudat faringian - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	
Examen urina			
67	2.3100	Urocultură*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
68	2.50116	Examen fungic urina*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	
Examine materii fecale			
69	2.3062	Coprocultură*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
70	2.50120	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	
71	2.5100	Examen coproparazitologic (3 probe) *1)	
72	2.2701	Depistare hemoragii oculte	

Exame din secreții vaginale			
73	2.3074	Exame din secreții vaginale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
74	2.50114	Exame din secreții vaginale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	
Exame din secreții uretrale			
75	2.3080	Exame din secreții uretrale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
76	2.50115	Exame din secreții uretrale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica	
Exame din secreții otice			
77	2.3050	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
78	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica	
Exame din secreții nazale			
79	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana *1)	
80	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica *1)	
Exame din secreții conjunctivale			
81	2.3040	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
82	2.50110	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica	
Exame din colecție purulentă			
83	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare bacteriana	
84	2.50120	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungica	
Testarea sensibilitatii la substante antimicrobiene si antifungice			
85	2.313	Antibiograma *1)*5)	
86	2.502	Antifungigrama *1)*5)	
Examinări histopatologice și citologice			
87	2.9000	Piesă prelucrată la parafină	
88	2.9021	Bloc inclus la parafină cu histopatologic	
89	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	
90	2.9010	Examen histopatologic cu colorații speciale	
91	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	
92	2.9023	Citodiagnostic secreție vaginală	
93	2.9024	Examen citohormonal	
94	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	
95	2.9030	Teste imunohistochimice *)	
96	2.9160	Examen Babeș-Papanicolau *1)	

NOTA 1:

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie.

*1) Analize care pot fi prescrise si de medicii de familie si pe care laboratoarele care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate trebuie sa le efectueze obligatoriu.

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*6) Se recomandă, numai pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie, care întocmesc în acest sens un referat de justificare avizat de coordonatorul de program de la nivelul județului respectiv sau din centrul universitar, după caz;

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene și fungice, prețul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultura, izolare și identificare

2. Lista investigațiilor paraclinice – radiologie, imagistică, medicină nucleară și explorări funcționale

Nr. ctr.	Denumire examinare radiologica/imagistică medicală/explorare funcțională	Medicul ce poate recomanda efectuarea investigației		Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
		Medic de familie	Medic de specialitate	
	I. RADIOLOGIE - IMAGISTICA MEDICALA			
	A. INVESTIGATII CONVENTIONALE			
	1. INVESTIGATII CU RADIATII IONIZANTE			
1	Ex. radiologic cranian standard	X	X	
2	Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței	X	X	
3	Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri	X	X	
4	Radiografie de membre	X	X	
5	Ex. radiologic centură scapulară	X	X	
6	Ex. radiologic părți coloană dorsală	X	X	
7	Ex. radiologic părți coloană lombară	X	X	
8	Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală	X	X	
9	Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidență	X	X	
10	Ex. radiologic torace ansamblu	X	X	
11	Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe toracice	X	X	
12	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ	X	X	
13	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast	X	X	

14	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast	X	X	
15	Ex. radiologic colon dublu contrast	--	X	
16	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvinare	--	X	
17	Ex. radiologic tract urinar (urografie minută) cu substanță de contrast	--	X	
18	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	--	X	
19	Pielografie	--	X	
20	Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	--	X	
21	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	--	X	
22	Ex. radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	--	X	
23	Radiografie retroalveolară	--	X	
24	Radiografie panoramică	--	X	
25	Mamografie în 2 planuri/pentru un sân	X	X	
26	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	--	X	
27	Osteodensitometrie segmentară (DXA)	--	X	
2. INVESTIGATII NEIRADIANTE				
28	Ecografie generală (abdomen + pelvis)	X	X	
29	Ecografie abdomen	X	X	
30	Ecografie pelvis	X	X	
31	Ecografie transvaginală	--	X	
32	Ecografie de vase (vene)	--	X	
33	Ecografie de vase (artere)	--	X	
34	Ecografie ganglionară	--	X	
35	Ecografie transfontanelară	--	X	
36	Ecografie de organ/articulație/părți moi	--	X	
37	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	--	X	
38	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	--	X	
39	Senologie imagistică – ecografie	X	X	
40	Ecocardiografie	--	X	
41	Ecocardiografie + Doppler	--	X	
42	Ecocardiografie + Doppler color	--	X	
43	Ecocardiografie transesofagiană	--	X	
B.INVESTIGATII DE INALTA PERFORMANTA				
44	CT craniu nativ	--	X	
45	CT regiune gât nativ	--	X	
46	CT regiune toracică nativ	--	X	
47	CT abdomen nativ	--	X	
48	CT pelvis nativ	--	X	
49	CT coloană vertebrală nativ/segment	--	X	
50	CT membre nativ/membru	--	X	
51	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	--	X	

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

88	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	--	X	
89	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	--	X	
II. EXPLORARI FUNCTIONALE				
90	EKG	X	X	
91	Holter TA	--	X	
92	Spirometrie	X	X	
93	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	--	X	
94	Peak-flowmetrie	X	X	
95	Electroencefalografia(EEG)	--	X	
96	Electromiografie (EMG)	--	X	
97	Testul de efort pentru evaluarea functiei respiratorii	--	X	
98	Spirometrie de efort	--	X	
99	Bronhospriometrie	--	X	
100	Teste de provocare inhalatorii	--	X	
101	Inregistrare ECG continua ambulatorie, holter	--	X	
III. MEDICINA NUCLEARA				
102	Scintigrafia renala	--	X	
103	Scintigrafia cerebrala (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrala - 30/90 min de la inj)	--	X	
104	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica la efort (scintigrafie spect perfuzie miocardica efort)	--	X	
105	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica in repaus (scintigrafie spect perfuzie miocardica repaus)	--	X	
106	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonara/scintigrafie perfuzie pulmonara	--	X	
107	Scintigrafia osoasa localizata	--	X	
108	Scintigrafia osoasa completa	--	X	
109	Scintigrafia hepatobiliara	--	X	
110	Scintigrafia tiroidiana	--	X	
111	Scintigrafia paratiroidiana	--	X	

NOTA 1.: Pentru investigațiile prevăzute la pozițiile 44 - 89 și 102-111, casele de asigurări de sănătate decontează 60% din tariful pe serviciu medical, diferența de până la 40% reprezintă contribuție personală din partea asiguraților, cu excepția copiilor 0-18 ani și a persoanelor beneficiare ale legilor speciale pentru care casele de asigurări de sănătate decontează tariful pe serviciu medical.

NOTA 2. Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife

NOTA 3. Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe biletul de trimitere.

Investigațiile cu substanță de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate și în cazul în care utilizarea substanței de contrast a fost specificată în biletul de trimitere și avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigație fără substanță de contrast, urmată din necesitate de o investigație cu substanță de contrast, se decontează numai tariful investigației cu substanță de contrast.

NOTA 4. Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care își desfășoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare.

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 33, 34, 40, 41, 42–se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare corespunzătoare specialității; serviciul prevăzut la poziția 43 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;

b) Serviciile prevăzute la poziția 35 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

c) Serviciile prevăzute la poziția 30 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, precum și de medici cu specialitatea urologie;

d) Serviciile prevăzute la poziția 39 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

e) Serviciile prevăzute la poziția 36 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

f) serviciile prevăzute la pozițiile 37 și 38 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

g) Serviciile prevăzute la poziția 31 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice;

NOTA 5.:

1. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2 - 4, 6, 7, 23, 25, 49, 50, 56, 57, 70, 73, 79, 82, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 2, 3, 4, 6, 7 și 23 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pentru serviciul prevăzut la poziția 27 tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an.

3. În cazul investigațiilor CT și RMN, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 49, 50, 56, 57, 70, 73, 79 și 82 la care tariful aferent se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6. Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraților în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 22 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice. În acest caz biletul de trimitere cuprinde și datele din fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin; biletele de trimitere se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și un exemplar la furnizorul care a efectuat

serviciul/serviciile de înaltă performanță, care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la pct. 3 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fișa de solicitare este însoțită de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI și care va avea același circuit ca și fișa de solicitare.

NOTA 7. Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz.. 28 și 90, respectiv ecografie generală (abdomen + pelvis) și EKG.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A., pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la anexa nr. 1 punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 pct.1, subpunctul 1.2 din prezentul ordin.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

ART. 2 (1) La stabilirea sumei contractate pentru investigațiile medicale paraclinice prevăzute în anexa 17 la ordin de către:

- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale),
- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești),
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară),
- furnizorii de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

- a) numărul de investigații paraclinice;
- b) tarifele aferente acestora prevăzute în anexa nr. 17 la ordin;

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen și pelvis și EKG), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilește de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

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

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional. Pentru situațiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinație.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii

vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală într-o lună și de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale într-o lună se redistribuie furnizorilor care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigații paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate și nu vor încheia subcontracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigații paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 și 20 la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de investigații paraclinice și conduce la rezilierea contractului.

ART. 3 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 17 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și serviciile medicale paraclinice pentru care se încasează contribuție personală din partea asiguratului sunt prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografiile furnizorilor de servicii medicale clinice cuprinse în anexa nr. 17 la ordin, în condițiile prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, la tarife prevăzute în aceeași anexă.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialități medicale clinice încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice și care sunt efectuate ca urmare a trimerii de către alți medici de specialitate, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimerii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice. În acest sens furnizorii încheie acte adiționale cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații

paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice specifice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere își pierde valabilitatea. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

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

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

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigațiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere își pierde valabilitatea, cu excepția biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

Investigațiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat precum și în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigații medicale paraclinice - dacă pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnată declarația asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepția investigațiilor medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital și în declarația pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

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

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de

asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(5) Fiecare casă de asigurări de sănătate își organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice.

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(6) Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigațiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

ART. 5 Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță care se întocmește în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea și unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară.

ART. 6 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

(2) Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în format electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii acestor date pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea contractului.

ART. 7 (1) Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regăsesc în anexa nr. 17 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 8 (1) În laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

ART. 9 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată,

contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Furnizor de servicii medicale paraclinice
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a),,
legitimată(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de
reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,
declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii
medicale paraclinice și cu:

☐ Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței
Naționale și Autorității Judecătorești

☐ Casa de Asigurări de Sănătate

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:

.....
Punct de lucru*1)

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Nr. contract
- D - Tip contract
- E - Program de lucru
- F - Cod parafă
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*)
- I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR	Asigurare de răspundere civilă	Contract**)										
			Serie și nr.	Serie	Nr.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

ASISTENȚI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională	Asigurare de răspundere civilă	Contract**)										
			Serie și nr.	Serie	Nr.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru				

Total asistenți medicali de laborator =

CHIMIȘTI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Contract**)				
				Serie	Serie	NR.	A	B	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru	Cod parafă (după caz)

Total chimiști =

BIOLOGI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională	Asigurare de răspundere civilă	Contract**)					A	B	C
			Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr. Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIȘTI

Total biochimiști =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

***) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular și pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal:

Nume și prenume, semnătura, ștampila:

Data întocmirii:

Furnizor de investigații medicale paraclinice de
radiologie-imagistică medicală
Punct de lucru*1)

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Valoare
- E - Nr. contract
- F - Tip contract
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*)
- I - Grad profesional

Nr.	Nume și	CNP	BI/CI	Certificat	Asigurare	Contract									
crt.	prenume			membru	de	(**)									
				CMR/CMDR	răspundere										
					civilă										
			Serie	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program	Cod	G	H	I
			și								de	parafă			
			nr.								lucru				
															</

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități
paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

Total medici =

OPERATORI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tip de activitate**)
- B - Data eliberării
- C - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională	Contract**)	Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
			Serie și nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract	

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală,
bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENTI MEDICALI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Nr. contract
E - Tip contract

[illegible]

Total assistenti medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
			Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătura, ștampila

Data întocmirii

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 evidențiate cu *1) din anexa nr. 17 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice și de citologie, inclusiv examenul Babeș Papanicolau).
b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice și de citologie), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.
3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru și a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare bacteriană/fungică inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate și se iau în calcul separat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist - cu grad de specialist, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, atât pentru subcriteriul a) "Implementarea sistemului de management al calității" cât și pentru subcriteriul b) "Participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" prevăzut de reglementările în vigoare pentru minim analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor contractate, pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații paraclinice - analize de laborator se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 72 alin. (2) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 50%
2. criteriul de calitate 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora, având menționate seriile echipamentelor.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor și transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situația centralizatoare cu privire la:

- tipul și denumirea fiecărui aparat
- seria și numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul și data documentului care dovedește deținerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale "second hand" din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

- a) analizor până la 18 parametri inclusiv - 10 puncte
Pentru analizoarele cu mai puțin de 60 teste/oră se acordă 5 puncte.
- b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - 12 puncte
- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser flowcitometric - 18 puncte
- c) - analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră - 14 puncte
- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitometric - 20 puncte

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialiști cu specializare în hematologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct.

1.1.

1.2. Hemostază:

- a) analizor coagulare semiautomat - 10 puncte
- b) analizor de coagulare complet automat - 18 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

1.3. Imunohematologie:

- 2 puncte

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

- a) între 1 - 10 poziții - 5 puncte
- b) între 11 - 20 poziții - 10 puncte
- c) peste 21 poziții - 15 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

- analizor automat de microbiologie - 40 puncte
- identificarea germinilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogramelor - 8 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte

3. Biochimie:

- a. - analizor semiautomat, inclusiv analizoare de ioni - 5 puncte
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în care furnizorul deține analizoare automate, situație în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
- b. - analizor automat inclusiv modul de ioni - 10 puncte
 - b.1 - analizor automat cu determinare și prin turbidimetrie - 20 puncte
 - b.2 - analizor automat cu determinare și prin turbidimetrie, inclusiv modul de ioni - 30 puncte

În funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,06 puncte.

La categoria analizoare automate de biochimie se iau în calcul maxim 2 aparate.

- c. - analizor semiautomat pentru electroforeză - 5 puncte
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în care furnizorul deține 1 analizor automat, situație în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
- d. - analizor automat pentru electroforeză - 20 puncte
- se iau în calcul maxim 2 aparate

4. Imunologie:

- a) sistem semiautomatizat Elisa - 10 puncte
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în care furnizorul deține 1 analizor automat, situație în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
- b) sistem automatizat Elisa, cu:
 - o microplacă 25 puncte
 - două microplăci simultan 30 puncte
 - 4 microplăci simultan 35 puncte
 - 6 microplăci simultan 40 puncte
- se iau în calcul maxim 2 aparate
- c) sisteme speciale
- c1) semiautomate 25 puncte
- pentru sistemele speciale semiautomate se iau în calcul maxim 2 aparate;
- c2) automate 40 puncte
- pentru sistemele speciale automate, în funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă pe oră se acordă câte 0,6 puncte.
- la sistemele speciale se punctează maxim 5 aparate pe laborator/punct de lucru, indiferent de metoda de lucru, dar nu mai mult de 2 aparate pe metodă.

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Chemiluminiscentă)
- ECLIA - Electrochemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Electrochemiluminiscentă)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescență de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscentă pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe bază de Immunofluorescență)
- ELFA cu detecție în fluorescență - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescență
- TRACE - Emisie amplificată de europium

NOTĂ:

1. Test imunologic sau metoda imunologică se referă la o reacție cu formare de complex tip antigen-anticorp.
2. Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care își pipetează singur și în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât și din reactiv.

5. Citologie Papanicolau

5 puncte

Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

- 6. Histopatologie** 25 puncte
- Sistem automat de prelucrare a probelor 40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)
 - Sistem de colorare automată a lamelor 15 puncte
- 7. Analize de urină**
- a.** analizor semiautomat pentru examen urină 5 puncte
 - se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în care furnizorul deține 1 analizor automat, situație în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
 - b.** analizor automat pentru examen urină 20 puncte
 - se iau în calcul maxim 2 aparate

NOTĂ:

Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin un angajat cu studii superioare de specialitate.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată:

- | | |
|---|------------|
| 1. medic primar de specialitate | 40 puncte; |
| 2. medic specialist | 30 puncte; |
| 3. chimiști, biologi, biochimiști principali | 25 puncte; |
| 4. chimiști, biologi, biochimiști specialiști | 20 puncte; |
| 5. chimiști, biologi, biochimiști | 15 puncte; |
| 6. farmacist | 17 puncte; |
| 7. asistenți medicali de laborator cu studii superioare | 10 puncte; |
| 8. asistenți medicali de laborator fără studii superioare | 8 puncte. |

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
 - fax - 1 punct;
 - direct medicului - 3 puncte;
 - sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte.
2. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):
 - operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 5 puncte;
3. website - care să conțină minimum următoarele informații:
 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări - 2 puncte;
 - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului) - 5 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 și 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității", în conformitate cu SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie și analize de urină (cu excepția uroculturii) prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7 17 la ordin, și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzute în celelalte categorii/grupe de analize prevăzute în anexa nr. 17, altele decât cele menționate la lit. a1) și a2), cuprinse în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate și se iau în calcul separat.

b) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" și care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde și lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de biochimie, hematologie și analize de urină (cu excepția uroculturii) prevăzută în anexa nr. 17 la ordin;

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin;

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză de microbiologie și celelalte clase, altele decât cele menționate la lit. b1) și b2);

pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale, cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de 4 ori/an în anul calendaristic anterior. Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate și se iau în calcul separat.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile art. 6 (1) lit. b) se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității" și 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, se stabilește de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele și personalul specific).

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice-radiologie și imagistică medicală

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigații paraclinice-radiologie și imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice-radiologie și imagistică medicală, astfel:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie, cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;
 - c) Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie;
 - d) Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color efectuate ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie și neurologie, de către medici de specialități clinice;
 - f) Ecocardiografia transesofagiană ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;
 - g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;
 - h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) și în cabinetele medicale de urologie.
 - i. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.
 - j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
 - k. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
 - l. Ecografia transvaginală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice.
 - m) Ecografie de organ/de părți moi/de articulație, ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității.

n) Senologia imagistică ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici din specialitățile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

o) Ecografia de abdomen ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice:

p) Ecografia ganglionară ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice:

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor.

3. Să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, își desfășoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau un alt standard adoptat în România, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 72 alin. (2) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

2. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| 1. criteriul de evaluare a resurselor | 90% |
| 2. criteriul de disponibilitate | 10% |

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria și numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice-radiologie și imagistică care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Hotărârii Guvernului nr...../2014 și ale prezentului ordin și într-un program de lucru distinct. În această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăși punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

g) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

h) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare și/sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

- a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical
- 2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical
- b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical,
- c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical,
- d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:

- **tipul de achiziție**
 - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
 - direct digital 10 puncte;
- **opțiuni:**
 - stepping periferic 5 puncte;
 - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
 - optimizarea densității 5 puncte;
 - trendelenburg 3 puncte;
 - afișare colimatori fără radiație 3 puncte;
 - stand vertical 3 puncte;
 - tomografie plană 1 punct;
 - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- **tipul de achiziție:**
 - parțial digital 5 puncte;
 - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existența de casete dedicate 1 punct;
- facilitare de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- **mod de lucru al unității de bază:**
 - B (sau 2D): 1 punct;

- M:	1 punct;
- Doppler color:	2 puncte;
- Doppler color power sau angio Doppler:	1 punct;
- Doppler pulsat:	1 punct;
- triplex:	0.5 puncte;
- achiziție imagine panoramică:	1 punct;
- achiziție imagine panoramică cu Doppler color:	1 punct;
- achiziție imagine cu armonici superioare:	1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:	
- monitor alb-negru/color -	1 punct;
- modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opțiune se adaugă	1 punct;
- aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie)	1 punct;
- stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk)	2 puncte;
- printer alb-negru/color	1 punct;

g) computer tomografie

- se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral
- se acordă 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvențial

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:	
- 2 - 8 secțiuni	25 puncte;
- 16 - 32 secțiuni	40 puncte;
- peste 32 secțiuni	70 puncte;
- timp de achiziție a imaginii:	
- 0,5 - 1 secundă:	10 puncte;
sau	
- < 0,5 secunde:	20 puncte.
- aplicații software*) instalate pe computerul tomograf:	
- 3D:	2 puncte;
- Circulație - 64 slice	2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar - 16 slice	2 puncte;
- perfuzie - 64 slice	2 puncte;
- colonoscopie - 64 slice	2 puncte;
- angiografie cu substracție de os - 16 slice	2 puncte;
- dental - 2 slice	2 puncte.

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital	5 puncte;
- analog	1 punct;
- injector automat	15 puncte;
- stație de post procesare și software aferent*):	20 puncte;

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu câmp magnetic de 1 T și peste 1 T

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică dedicate anumitor segmente (cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculoscheletal - extremități), cu câmp magnetic sub 1 T

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă:	20 puncte;
---	------------

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicații software*) instalate pe RMN

- Post-procesare 3D - prelucrarea achizițiilor în 3D:	10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor	10 puncte
- Perfuzie - cuantificarea permeabilității tumorale în funcție de modelul farmacocinetic al substanței de contrast pentru patologia cerebrală și a prostatei:	10 puncte

- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei și dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: 10 puncte
- Spectroscopie 10 puncte

 *) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Stație de post procesare și software aferent*) 20 puncte.
(alta decât stația de vizualizare)

 *) se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie segmentară (DXA) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- dezvoltator automat umed 3 puncte;
- dezvoltator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- dezvoltare automată uscată: 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;
- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 3: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
 - medic de specialitate radiologie și imagistică medicală: ~~20~~ 30 puncte;
 - medic primar radiologie și imagistică medicală: ~~35~~ 40 puncte;
 - medic de specialitate medicină nucleară: ~~20~~ 30 puncte;
 - medic primar medicină nucleară: ~~35~~ 40 puncte;
 - medic specialist anestezist ~~20~~ 30 puncte;
 - medic primar anestezist ~~35~~ 40 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani ~~5~~ 10 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: ~~10~~ 15 puncte;
- (punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale

paraclinice - ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/ contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)

- medic dentist 13 puncte;
 - medic dentist specialist 15 puncte;
 - medic dentist primar 20 puncte;
- (punctajul se acordă pentru medicii dentiști care efectuează radiografii dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)
- medic specialist explorări funcționale 15 puncte;
 - medic primar explorări funcționale 20 puncte;
- operatori:
- absolvent colegiu imagistică medicală 11 puncte;
 - asistent medical imagistică medicală: 9 puncte;
 - bioinginer: 13 puncte;
 - fizician: 13 puncte;
- asistenți medicali:
- de radiologie cu studii superioare 10 puncte;
 - de radiologie fără studii superioare 8 puncte;
- asistenți generaliști pentru Eco + ATI 7 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 9 puncte.

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator

care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

c) website - care să conțină minimum următoarele informații:

- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări 2 puncte.
- chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziție 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau și CT și RMN.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, 30 puncte de luni până vineri, se acordă
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, 60 puncte inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se acordă

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 90% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor la cele trei criterii.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilește de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

Pentru furnizorii de explorări funcționale - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai investigațiile, aparatele și personalul specific).

G. În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice****I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil având sediul în municipiul/orașul adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. /2014 .

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014, 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 paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la

eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr..../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

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

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

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație 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 competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

l) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

m) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr./2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare;

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și 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 funcțiune;

p) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat

acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

q) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

r) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de baza;

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 își desfășoară activitatea la furnizor.

ș) 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 și acte administrative necesare investigației.

t) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

ț) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

u) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

v) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu; Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența 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 privește 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 și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanță și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și 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 selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, numărul de analize medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

aa) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

ab) să asigure prezența 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 și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și 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 condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ad) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ae) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, pentru asigurării cărora le-au furnizat aceste servicii;

af) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență 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 evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr...../2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;

ai) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate 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 format electronic pus la dispoziție de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa, nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif contractat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât tarifele prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 14 (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 situații.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – g), i) – r), t), ț), u), w), x), y), ag) – ah) și aj), se aplică următoarele sancțiuni:

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 situații.

(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 situații.

(4) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (3), casele de asigurări de sănătate țin evidența 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența 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 situații:

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 își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 excepția situațiilor în care vina este exclusivă 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. 14 alin. (1) și (2), precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (3) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege 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. 14 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. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege 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 situație și se modifică corespunzător contractul.

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) din H.G. nr..../2014 și a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ș), z), ac) - af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 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 și 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 înțelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) și l) și art. 7 lit. e), f), i) și o) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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 condițiile art. 17 lit. a) - cu excepția 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 înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la

furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4), în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr. .../2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. s), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatăată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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 înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații 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 situație;

f) în situația în care casa de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor.

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

ART. 18 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
PARACLINICE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției
Economice,
.....

Director executiv al Direcției
Relații Contractuale,
.....

Vizat

Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,

- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. deschis la Banca

- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentat casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului,
- certificat de membru al Colegiului Farmaciștilor din România
- certificat de membru al Ordinului Biochimicilor, Biologilor, Chimicilor în Sistemul Sanitar din România pentru fiecare biolog, chimist, biochimist.
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimisti
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor
- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor
- avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura second hand din dotare,
- buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie și imagistică medicală, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator.
- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România nr., pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice
- radiologie și imagistică medicală
- dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale nr.,
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 18A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014)
- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la punctul 3 litera F Capitolul II anexa 1 la HG nr./2013.

Lista diagnosticilor principale considerate spitalizări continue evitabile și criteriile specifice aferente diminuării/eliminării acestora din spitalizarea continuă:

Spitalizarea continuă are o durată peste 24 ore:

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi în condițiile prevăzute la punctul 8 litera F Capitolul II anexa 1 la HG nr./2013.

Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigațiilor, tratamentelor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unitățile spitalicești, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) - i);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situațiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 și care sunt acordate de către medicii din unitățile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, precum și serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă și din structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitalicești, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 22 A la ordin.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmește o fișă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

Lista afecțiunilor care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi/caz rezolvat:.....

Lista afecțiunilor care necesită administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum și serviciile medicale de mai jos cu tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)
a) - Radioterapie	
1. Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj	29 lei/ședință
2. Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144 lei/ședință
3. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180 lei/ședință
4. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/ședință
5. Brahiterapie	302 lei/ședință
b) 1.Chimioterapie*) fără antiemetice	67,00 lei/ședință
2.Chimioterapie*) cu antiemetice	80,00 lei/ședință
c) - Litotritie	350,00/ședință
d) - Implant de cristalin**)	247,54
e) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	116,15
f) - amniocenteză***)	900,00
g)- biopsie de vilozități coriale***)	900,00
h)- monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200/lună/pacient
i)- tratamentul și profilaxia rabiei	60 lei/serviciu (administrare)

NOTĂ:

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ și suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinării calculat prin algoritm Fetal Medicine Foundation; în tarifele aferente acestora este inclusă și prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X și Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal și anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale

- coloană vertebrală

- torace

- abdomino-pelvine

- fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurării cu contraindicații (prezență de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT

3. patologia oncologică indiferent de localizare

4. necroza aseptică de cap femural

5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurării cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergii la substanțele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- b) boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- c) nașterea

2. Criteriul pe baza căruia se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi este situația de urgență medico-chirurgicală

3. Pentru criteriul urgență medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgență.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza regulamentului ce nr. 883 al parlamentului european și al consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la Capitolul II din prezenta anexă. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la Capitolul II din prezenta anexă, sau de serviciile medicale prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Serviciile medicale prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă, se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz/serviciu pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi

1. Ștatul de personal
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2013 sau 30.09.2013, după caz.
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2013 valabilă la 31.12.2013, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigațiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare și nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezintă: modelul de pacient, lista și numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical.
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare și reactivi la 01.01.2013 și la 31.12.2013.
7. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2014, pe elemente de cheltuieli*)

*) Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare și pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz/serviciu medical.

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	

Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI și SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianti	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	

Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER
.....

DIRECTOR MEDICAL
.....

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ ȘI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE, PE BAZA RELAȚIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE (CONFORM art. 97 lit. a) DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI

LOCALITATEA

JUDEȚUL

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR.

1. DESFĂȘURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice	Tarif/investigație paraclinică efectuată (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	

...				
TOTAL				

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE (CONFORM art. 97 lit. b) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultației interdisciplinare efectuate	Număr consultații interdisciplinare efectuate	Tarif/consultație interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			x	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

4. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP cod unic de asigurare	Tipul consultației interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultații interdisciplinare	Tariful consultației interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultațiilor interdisciplinare din specialitățile clinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				x	
...					
...					
TOTAL					

 *1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE (CONFORM art. 97 lit. c) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ANUL

Unitatea specializată privată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km aferenți serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată privată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE

LUNA ANUL

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenți serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare					X	
...						
...						
TOTAL					X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5
Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....
NOTĂ:

Desfășurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, atât pe suport de hârtie cât și electronic, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana "c2", pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului.

MANAGER	DIRECTOR MEDICAL	DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....		

Unitatea sanitară cu paturi

Nr. Contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.....

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că pacientul(nume prenume).....CNP.....

este internat începând cu data deîn secția.....

Prezenta s-a eliberat în vederea prescrierii de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care a depusă-o spitalul la contractare.

Data...../.....

Semnătura, cod parafă

medic șef de secție

CONDIȚIILE**acordării serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi și modalitățile de plată ale acestora****SPITALE**

ART. 1 Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv cu durata de spitalizare mai mare de 24 de ore.

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore și pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3 Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în anexa nr. 26 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu pot fi mai mari decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful maximal pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în Anexa 23 C.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

3. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național și în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național luat în calcul la stabilirea capacității maxime a spitalelor, în funcție de secție este:

- pentru secții/compartimente de acuți 290 zile

- pentru secții/compartimente de cronici 320 zile

- pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

4. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;

5. durată optimă de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății și normativelor în vigoare, pe secții și compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;
8. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;
9. numărul și tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;
10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
11. tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;
12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.
13. tarif pe zi de spitalizare.
14. Durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 6,65 pentru anul 2014, cu excepția unităților sanitare de monospecialitate chirurgie orală și maxilofacială, pentru care se va utiliza DMS_nat = 4,8, și cu excepția unităților sanitare prevăzute în tabelul de mai jos, pentru care se va utiliza durata medie de spitalizare prevăzută în același tabel:

Cod CNAS	Denumire CNAS	DMS
AG01	Spitalul Județean de Urgență Pitești	6,9
AG02	Spitalul de Pediatrie Pitești	4,7
AR01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Arad	7,0
B_02	Spitalul Clinic de Urgență București	6,3
B_03	Spitalul Clinic de Urgență de Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri București	5,8
B_05	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București	4,5
B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" București	3,4
B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofacială "Prof. Dr. Dan Teodorescu" București	3,5
B_18	Institutul Clinic Fundeni București	6,5
B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" București	5,3
B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București	5,4
B_21	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București	4,7
B_28	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București	4,9
B_29	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București	5,2
B_32	Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă" București	6,7
B_33	Spitalul Universitar de Urgență București	5,3
B_34	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sârbu" București	3,5
B_35	Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București	5,5
B_36	Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București	6,9
B_47	Institutul Național de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" București	8,3
B_48	Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" București	5,4
B_80	Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București	5,3
BC01	Spitalul Județean de Urgență Bacău	6,0

BH01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea	6,2
BV01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Brașov	6,3
BV03	Spitalul Clinic de Copii Brașov	5,0
CJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Cluj-Napoca	6,7
CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj-Napoca	5,9
CJ03	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca	4,4
CJ04	Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	9,7
CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	6,8
CT01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Constanța	6,1
DJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Craiova	5,9
GL01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați	6,3
GL02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați	5,0
HD01	Spitalul Județean de Urgență Deva	7,3
IS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași	6,5
IS02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași	5,7
IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iași	7,0
IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Cuza-Vodă" Iași	5,3
IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iași	9,8
IS11	Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași	7,7
M13	Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare "Dr. Constantin Zamfir"	7,0
MM01	Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare	6,4
MS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Târgu Mureș	7,3
PH01	Spitalul Județean de Urgență Ploiești	7,0
PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiești	4,1
SB01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu	6,9
SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	5,4
SV01	Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	6,8
TM01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Timișoara	6,8
TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgență Timișoara	5,8
TM03	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "L. Țurcanu" Timișoara	5,6
TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara	5,1

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2013, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum și numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul maxim de paturi, în condițiile prevederilor Hotărârii de Guvern nr. privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2014-2016.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitalicești care înființează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract și/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiții de contractare.

În situația în care furnizorul de servicii medicale spitalicești se regăsește în anexa 23 A la ordin, contractarea și decontarea pentru afecțiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitalicești va fi evidențiată distinct în anexa 23 A la ordin.

Pentru structurile nou-înființate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM și TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit. a) punctul a.2 ultimul paragraf.

Pentru fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitalicești care are în componență secții/compartimente de cronici se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit. b).

(6) Pe parcursul derulării, contractul se modifică în cazul revizuirii categoriei de spital, în situația în care a fost modificată clasificarea în sensul descreșterii. Contractul se poate modifica în situația în care a fost revizuită clasificarea în sensul creșterii, cu condiția existenței unor fonduri disponibile cu destinația servicii medicale spitalicești. Economii rezultate datorită modificării contractelor ca urmare a revizuirii clasificării în sensul descreșterii categoriei de spital, se repartizează spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, în funcție de criteriile avute în vedere la contractare.

(7) Cazurile internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență vor avea în vedere criteriile de evaluare retrospectivă a oportunității internării.

Criterii de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunității internării cazurilor de urgență			
1	Pierdere subită a cunoștinței	Include comă sau incapacitate de răspuns la stimuli, schimbare acută în starea de conștiență a pacientului. Include și pierderea conștienței ca urmare a traumelor. Exclue dezorientare sau confuzie.	
2	Puls anormal	O frecvență periferică sub 50/min sau mai mare de 140/min, înregistrată cu două ocazii separate la distanță de cel puțin 5 minute.	

3	Tensiune anormală	O presiune sistolică sub 90 sau peste 200 mmHg, și o valoare diastolică de sub 60 sau peste 120 mmHg.	☐
4	Pierderea acută a vederii sau a auzului	Pierdere severă parțială sau totală și care s-a instalat rapid și persistă în momentul internării.	☐
5	Pierderea acută a capacității de a mișca o parte importantă a corpului	Include răni cauzate de traume majore (fractură a oaselor membrului pelvin, paralizie a piciorului sau brațului; fractură a coloanei vertebrale în zona cervicală; disfagie acută cu risc de aspirație). Excluce rănille izolate ale mâinilor sau picioarelor.	☐
6	Febră persistentă	Febră de cel puțin 5 zile (3 zile) cu temperatură de peste 38 °C.	☐
7	Sângerare abundentă	Include hemoragie continuă cu orice localizare, care nu se poate trata în Departamentul de urgență (UPU/CPU/Cameră de gardă). Include orice suspiciune de sângerare internă.	☐
8	Anomalie severă a electroliților serici sau a unui gaz din sânge	Măsurarea efectuată în momentul sosirii în UPU/CPU, după cum urmează: Sodiu < 123 sau > 156 mEq/L Potasiu < 2.5 sau > 6.0 mEq/L Bicarbonat < 20 sau > 36 mEq/L pH arterial pH < 7.3 sau > 7.45 Calcemie serică < 3 mmol/L sau > 6 mmol/L PaCO ₂ > 50 mmHg PaO ₂ < 50 mmHg	☐
9a	Anomaliile eletrocardiogramei	Rezultatele EKG efectuată la prezentare, care sugerează ischemie miocardică acută recentă.	☐
9b	Suspiciune clinică și biologică de ischemie miocardică acută	Evaluarea simptomelor ischemiei miocardice acute, în absența modificărilor ECG sau a enzimelor miocardice	☐
10	Dehiscenta plăgilor	Include doar complicațiile postterapeutice sau deschiderea plăgilor sau leziuni care necesită închidere/sutură.	☐
11	Durere paralizantă	Durere severă cu suspiciune de urgență medicală, fără a putea fi diagnosticată sau tratată adecvat în departamentul de urgență.	☐
12	Necesitatea administrării medicației parenterale și/sau repleție volemică	Include administrarea medicației IV, IM, IT și intraarterial cel puțin la 8 ore. De asemenea, include ordinul pentru medicația IV cel puțin la 8 ore și stabilizarea prin insulină pentru pacienții tineri cu diabet sever. Excluce ordinul de a menține accesul venos continuu.	☐
13	Procedură semnificativă în primele 24 de ore de la internare	Semnificativ înseamnă că necesită anestezie regională sau generală și realizarea într-o unitate specializată (cum ar fi sala de operații). Include practic toate operațiile efectuate în urgență.	☐

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix 2014 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2014, respectiv

- număr de cazuri externate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

La calculul acestei sume se vor avea în vedere:

a1) Suma maximă posibil de contractat (Sp) în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuti, cu modificările și completările ulterioare.

La calcularea formulei prevăzute în alin. (1) al art. 3 din anexa la Ordinul nr. 862/547/2011, numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Hotărârii de Guvern nr. privind aprobarea Planului Național de Paturi se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu spitalele pentru numărul de paturi contractabile stabilite la nivelul fiecărui județ în conformitate cu Planul național de paturi.

a2) Suma minimă contractată (Sm) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, calculată în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuti, cu modificările și completările ulterioare.

În formula de calcul pentru suma minimă contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cu modificările și completările ulterioare, valoarea procentului de referință (P) utilizată este de 90.

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formulele de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuti, cu modificările și completările ulterioare.

a3) Suma suplimentară (Ss) ce poate fi contractată peste cea minimă, dar nu mai mult de suma maximă posibil de contractat, la nivelul fiecărui spital, în limita fondurilor disponibile la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (4) se stabilește luând în calcul:

număr cazuri externate în anul **2013** raportate și validate de SNSMPDSB în anul **2013** x (ICM x TCP, în anul **2014**) pentru fiecare spital x nr. puncte rezultat din autoevaluare /

n

√

/ (nr. cazuri externate raportate și validate de SNSMPDSB în anul **2013**
x ICM **2014** x TCP **2014** x nr. puncte rezultat din autoevaluare),

unde n este nr. spitalelor pentru care casa de asigurări de sănătate contractează spitalizare continuă pentru cazurile acute.

Nu se reduc cazurile de urgență estimate a se interna luând în calcul datele ultimilor 3 ani.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

Suma disponibilă în bugetul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești pentru calculul sumelor suplimentare se repartizează proporțional spitalelor pe baza formulei de mai sus. Suma suplimentară ce poate fi contractată de casa de asigurări de sănătate cu

fiecare spital poate varia cu până la +/- 30% față de suma suplimentară repartizată proporțional spitalelor, în funcție de particularitățile de la nivel local.

a4) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere:

a4.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma minimă = $S_m / (ICM \times TCP \text{ aferente fiecărui spital})$; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4.2. Număr de cazuri externate suplimentar contractat/spital = $(\text{Suma suplimentară contractată} / (ICM \times TCP \text{ aferente spitalului și prevăzute în anexa 23 A}))$; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuti, cu modificările și completările ulterioare.

a4.3. Evaluarea spitalului în vederea acordării punctajului aferent se realizează în funcție de:

- | | |
|--|------------|
| a4.3.1. Număr linii de gardă: | |
| a) 1 linie de gardă | 0,5 puncte |
| b) 2 linii de gardă, din care una medicală și una chirurgicală, asigurate de medici specialiști | 0,8 puncte |
| c) peste 3 linii de gardă | 1 punct |
| a4.3.2. Linie de gardă de terapie intensivă: | |
| a) 1 linie de gardă de TI | 1 punct |
| b) 2 linii de gardă de TI și peste | 2 puncte |
| a4.3.3. Complexitatea serviciilor medicale - analize de laborator: | |
| a) a efectuat în anul 2013 sub 50% din numărul (poziții) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 423/191/2014 | 0,4 puncte |
| b) a efectuat în anul 2013 peste 50% din numărul (poziții) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 423/191/2014 | 0,8 puncte |
| c) a efectuat în anul 2013 cu peste 10% mai multe servicii decât numărul (poziții) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 423/191/2014 | 1 punct |
| d) are certificat de calitate ISO 15189 | 3 puncte |
| a4.3.4. Complexitatea serviciilor medicale - radiologie și imagistică medicală: | |
| a) radiologie clasică | 0,5 puncte |
| b) Rx + CT | 1 punct |
| c) Rx + CT + Scintigrafie | 1,3 puncte |
| d) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie/RMN | 1,6 puncte |
| e) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie + RMN | 2 puncte |
| f) are certificat de calitate ISO 9001:2008 | 3 puncte |
| a4.3.5. Blocul operator | |
| a) 1 sală și 1 medic anestezist | 0,3 puncte |
| b) peste 2 săli și 1 medic anestezist | 0,5 puncte |
| c) orice multiplu întreg de 2 săli și 1 medic anestezist aduce câte 0,2 puncte în limita a maxim 2 puncte. | |
| a4.3.6. Complexitatea ofertei de servicii | |
| a) numai spitalizare continuă | 0,7 puncte |
| b) spitalizare continuă și de zi | 1 punct |
| c) spitalizare continuă, de zi și ambulatoriu integrat clinic | 2 puncte |
| a4.3.7. Folosirea protocoalelor proprii privind traseele clinice | |
| a) nu folosesc | 0 puncte |
| b) folosesc mai puțin de 5 protocoale pe secție/specialitate | 1 punct |
| c) folosesc între 6 - 10 protocoale pe secție/specialitate | 2 puncte |
| d) folosesc pentru mai mult de 20% din grupele de DRG raportate în anul 2013 | 3 puncte |

Spitalele vor anexa protocoalele și analiza rezultatelor aplicării acestora.

În vederea stabilirii punctajelor, spitalele vor depune o autoevaluare potrivit datelor de mai sus, însoțită de documentele justificative și o declarație pe proprie răspundere că informațiile corespund realității. Casele de asigurări de sănătate, în cadrul controalelor efectuate la spitale vor verifica

corectitudinea autoevaluării și vor diminua valoarea de contract a spitalului în mod corespunzător, conform punctajului acordat, dacă se constată neconcordanțe la nivelul spitalului.

a4.4 Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a5) Indicele de case-mix pentru anul 2014 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a6) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2014 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și se stabilește pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, limitele superioare și inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a7) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2013 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie-prematuri și îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

b.1) - număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare x tariful pe zi de spitalizare

b.2) - număr zile spitalizare efectiv realizate din anul anterior x tariful pe zi spitalizare - secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani)

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2014, în funcție de numărul de paturi aprobat, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național la spitalul/secția/compartimentul respectiv și de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

4. Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externe, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2013 pentru care nu se justifică internarea.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr de paturi contractabile x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin,

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă, cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful maximal pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în Anexa 23 C la ordin.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 30% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu următoarele excepții:

- unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate, dar nu mai mult de 50%;
- institutele de boli cardiovasculare care derulează programe naționale de sănătate, pentru care se poate depăși limita de 50%;

(2) Sumele de la lit. c) și d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) și f) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru 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, și sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești 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 unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe caz rezolvat, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat / tarifului mediu pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași 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 unității sanitare cu paturi și 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) Pentru cazurile internate în spitalizare continuă, ca și cazuri de urgență, prin structurile de urgență organizate la nivelul spitalului, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare, investigațiile paraclinice care nu au fost efectuate la nivelul structurilor de urgență vor fi efectuate în maxim 24 de ore de la data internării.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(2) Diferența de 10% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 9% pentru:

a.1. - decontarea serviciilor prevăzute la art. 100 din HG nr./2014.

a.2 situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz, inclusiv regularizări trimestriale.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

- prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,

- consum de materiale sanitare cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului. (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare la nivel de spital / nr. total structurilor funcționale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a spitalului / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

În situația în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a.

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2									
Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39
Rata respirației (respirații/min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5
Oxygenare (kPa)*:									
FiO ₂ > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
A-aDO ₂									
FiO ₂ < 50% PaO ₂					> 9.3	8.1 - 9.3		7.3 - 8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20

Număr de leucocite ($\times 10^9/l$)	> 40	20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9	1 - 2.9	< 1
Alte variabile:	- Scala de comă Glasgow - Vârsta				- Boli cronice - Statut chirurgical	

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația servicii medicale spitalicești, inclusiv sumele care nu au fost contractate inițial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2014. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare atât prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cu modificările și completările ulterioare, cât și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați în perioada de la începutul anului și până la sfârșitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară:

- validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- validarea și invalidarea realizate de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate

- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2014, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz

- TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în anexa nr. 23 A la ordin

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecțiuni acute.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul contractat.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată pentru spitalizare de zi, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.2, în acest sens fiind încheiat un act adițional.

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează lunar în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară:

- validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- validarea și invalidarea realizate de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavi aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv:

- validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate)

- validarea și invalidarea realizate de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate;

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani, decontarea se face în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele

de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Pentru monitorizarea eficienței managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractați și realizați pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către ordonatorul de credite ierarhic superior și transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară:
 - validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
 - validarea și invalidarea realizate de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecțiuni acute.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate pentru continuă acuți se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se la nivelul contractat.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată, decontarea acestora se

face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.2, în acest sens fiind încheiat act adițional.

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor în limita sumei prevăzute în program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinație;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin.

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, în limita sumei contractate și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora.

Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri / servicii realizate și validate din care se scad cazurile/serviciile nevalidate în luna anterioară:

- validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- validarea și invalidarea realizate de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât și pentru spitalizare de zi:

Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului.

Tariful maximal pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în Anexa 23 C.

NOTĂ:

Numărul de cazuri rezolvate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, și neinternate, pe care le decontează casele de asigurări de sănătate nu poate depăși numărul de cazuri internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență pentru

care se face dovada unor intervenții diagnostice și terapeutice, necesare rezolvării cazurilor respective.

(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 și 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, diferența fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același 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, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același 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, cu excepția situațiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), decontarea cazurilor transferate de la o unitate sanitară privată cu paturi către o unitate sanitară publică cu paturi se realizează - la unitatea sanitară privată cu paturi - 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, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează unităților sanitare publice cu paturi cazurile transferate de la unitățile sanitare private cu paturi, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, unitățile sanitare private fiind obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează unităților sanitare private cu paturi cazurile transferate de la unitățile sanitare publice cu paturi, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, unitățile sanitare publice fiind obligate să plătească unităților sanitare private cu paturi costurile efectiv realizate în termen de maximum 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la punctul 3 litera F Capitolul II din anexa 1 la Hotărârea Guvernului nr...../2014, și în condițiile 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 unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Trimestrial, la nivelul fiecărui spital care a contractat cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale spitalicești atât pentru afecțiuni acute cât și pentru afecțiuni cronice, după regularizarea trimestrială realizată conform alin. (1) lit. a) și c), casa de asigurări de sănătate poate efectua o regularizare a cazurilor realizate, raportate și validate, în limita valorii de contract, între cele două tipuri de îngrijiri: acute și cronice.

ART. 10 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigații paraclinice pentru pacienții internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

c) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

ART. 11 (1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești. Pentru unitățile sanitare publice și private cu paturi contribuția personală a asiguraților pentru aceste servicii este de maxim lei/zi.

(2) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitalicești pentru

tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor de detenție precum și serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești pentru care se încasează coplată;

(4) Categoriile de asigurați scutiți de coplată prevăzute la art. 213¹ din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și documente și/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplinește condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme în anexa 23 D.

ART. 12 (1) Spitalele inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu și fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv investigații paraclinice și pentru medicamente – în limita listei prezentată la contractare -, materiale sanitare, cu excepția medicamentelor, materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate, medicamentele pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate / caselor de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile...../2014 și ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

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

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților conform fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienților internați. Fișele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanță se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situația în care spitalele nu dețin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcțională, pentru pacienții internați cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanță prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă

(determinată conform diagnosticului), informații care trebuie să se regăsească și în foaia de observație clinică generală la epicriză.

ART. 15 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare și cu centrele de dializă private în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea

și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, respectiv autorităților administrației publice locale, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ai ministerului de resort, ai autorităților administrației publice locale, după caz, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală spitalicească, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare și a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 22 A la ordin.

ANEXA 23 A

Nr. crt.	Cod spital	Denumire spital	ICM pentru anul 2014 *	TCP pentru anul 2014**
1	AB01	Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia		
2	AB02	Spitalul de Boli Cronice Câmpeni		
3	AB03	Spitalul Municipal Blaj		
4	AB04	Spitalul Orășenesc Abrud		
5	AB05	Spitalul Municipal Aiud		
6	AB06	Spitalul Orășenesc Câmpeni		
7	AB08	Spitalul Municipal Sebeș		
8	AB09	Spitalul Orășenesc Cugir		
9	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud		
10	AG01	Spitalul Județean de Urgență Pitești		
11	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitești		
12	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Câmpulung		
13	AG05	Spitalul Municipal Câmpulung		
14	AG06	Spitalul Orășenesc "Regele Carol I" Costești		
15	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Argeș		
16	AG08	Spitalul Orășenesc "Sf. Spiridon" Mioveni		
17	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf. Maria Vedea		
18	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Andrei" Valea Iașului		
19	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni		
20	AG22	Dr. Irimia S.R.L.		
21	AR01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Arad		
22	AR05	Spitalul Orășenesc Ineu		
23	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova		
24	AR07	Spitalul Orășenesc Sebiș		
25	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chișineu-Criș		
26	AR20	Centrul Medical Laser System		
27	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.		
28	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" București		
29	B_02	Spitalul Clinic de Urgență București		
30	B_03	Spitalul Clinic de Urgență de Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri București		
31	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" București		
32	B_05	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Gr. Alexandrescu" București		
33	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" București		
34	B_08	Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice București		
35	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofacială "Prof. Dr. Dan Teodorescu" București		

36	B_100	S.C. Binafarm S.R.L.		
37	B_101	Tinos Clinic SRL		
38	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.		
39	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.		
40	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" București		
41	B_113	SC Delta Health		
42	B_116	Sanador		
43	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" București		
44	B_121	Clinica de Angiografie și Terapie Endovasculară Hemodinamic		
45	B_124	SC Medlife SA - Spitalul de Pediatrie		
46	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti		
47	B_14	Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București		
48	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București		
49	B_16	Spitalul Clinic Colentina București		
50	B_18	Institutul Clinic Fundeni București		
51	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" București		
52	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București		
53	B_21	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București		
54	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" București		
55	B_23	Spitalul Clinic "Colțea" București		
56	B_25	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale "Dr. V. Babeș" București		
57	B_27	Spitalul Clinic de Psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" București		
58	B_28	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București		
59	B_29	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" Bucuresti		
60	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghel" București		
61	B_32	Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă" București		
62	B_33	Spitalul Universitar de Urgență Bucuresti		
63	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sârbu" București		
64	B_35	Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București		
65	B_36	Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București		
66	B_38	Centrul de Evalure și Tratament a Toxicodependențelor pentru Tineri "Sf. Stelian"		
67	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Ștefan"		
68	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" București		
69	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" București		

70	B_47	Institutul Național de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" București		
71	B_48	Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" București		
72	B_50	Centrul de Sănătate RATB		
73	B_80	Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București		
74	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr. C. Gorgos"		
75	B_91	SC Creștină Medicală Munposan '94 SRL		
76	B_95	Euroclinic Hospital S.A.		
77	B_96	SC Med Life SA		
78	B_97	Clinica Sf. Lucia S.R.L.		
79	B_99	SC Gral Medical SRL		
80	B_120	SC Euroeye SRL		
81	BC01	Spitalul Județean de Urgență Bacău		
82	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău		
83	BC03	Spitalul Municipal Onești		
84	BC04	Spitalul Orășenesc Buhuși		
85	BC05	Spitalul Orășenesc "Ioan Lascăr" Comănești		
86	BC06	Spitalul Municipal de Urgență Moinești		
87	BC08	SC Polimed SRL		
88	BC14	Clinica Palade Bacău		
89	BC15	S.C. Eldimedmaterna S.R.L.		
90	BH01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea		
91	BH02	Spitalul Clinic Municipal "dr. Gavril Curteanu" Oradea		
92	BH07	Spitalul Orășenesc Aleșd		
93	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beiuș		
94	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita		
95	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet		
96	BH12	Spitalul Municipal Salonta		
97	BH13	Spitalul Orășenesc Ștei		
98	BH14	Spitalul de Psihiatrie Ștei		
99	BH26	Spitalul Pelican Oradea		
100	BN01	Spitalul Județean Bistrița		
101	BN02	Spitalul Orășenesc "Dr. G. Trifon" Năsăud		
102	BN03	Spitalul Orășenesc Beclean		
103	BN08	S.C. Clinica Sanovil S.R.L		
104	BR01	Spitalul Județean de Urgență Brăila		
105	BR05	Spitalul Orășenesc Faurei		
106	BR07	Spitalul "Sf.Pantelimon" Brăila		
107	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Brăila		
108	BT01	Spitalul Județean de Urgență "Mavromati" Botoșani		
109	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botoșani		
110	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi		
111	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botoșani		
112	BV01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Brașov		

113	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Dr. I. A. Sbârcea" Braşov		
114	BV03	Spitalul Clinic de Copii Braşov		
115	BV04	Spitalul de Boli Infecţioase Braşov		
116	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Braşov		
117	BV06	Spitalul Municipal Făgăraş		
118	BV08	Spitalul Municipal Codlea		
119	BV09	Spitalul Municipal Săcele		
120	BV10	Spitalul Orăşenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zărneşti		
121	BV12	Spitalul Orăşenesc Rupea		
122	BV13	Spitalul de Psihiatrie şi Neurologie Braşov		
123	BV17	S.C. Rur Medical S.R.L.		
124	BV18	Clinicile ICCO SRL		
125	BV20	S.C. Vitalmed Center SRL		
126	BV21	Spitalul Teo Health SA		
127	BV22	Clinica Newmedics		
128	BV23	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L. Braşov		
129	BZ01	Spitalul Judeţean Buzău		
130	BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sărat		
131	BZ04	Spitalul Orăşenesc Nehoiu		
132	BZ09	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsurile de Siguranţă Săpoca		
133	CJ01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Cluj-Napoca		
134	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie „Prof.Dr .O.Fodor”Cluj-Napoca		
135	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca		
136	CJ04	Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca		
137	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Cluj-Napoca		
138	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca		
139	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca		
140	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca		
141	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca		
142	CJ10	Spitalul Municipal Dej		
143	CJ11	Spitalul Municipal Turda		
144	CJ12	Spitalul Municipal Gherla		
145	CJ13	Spitalul Orăşenesc Huedin		
146	CJ14	Spitalul Municipal Câmpia Turzii		
147	CJ21	Institutul Clinic de Urologie şi Transplant Renal Cluj-Napoca		
148	CL01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Călăraşi		
149	CL02	Spitalul Municipal Olteniţa		
150	CL03	Spitalul Orăşenesc Lehliu-Gară		
151	CL06	Spitalul de psihiatrie Săpunari		
152	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Călăraşi		
153	CS01	Spitalul Judeţean Reşiţa		

154	CS02	Spitalul Municipal de Urgență Caransebeș		
155	CS03	Spitalul Orășenesc Oravița		
156	CS05	Spitalul Orășenesc Moldova Nouă		
157	CS07	Spitalul Orășenesc Oțelu Roșu		
158	CT01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Constanța		
159	CT04	Spitalul Municipal Medgidia		
160	CT05	Spitalul Orășenesc Cernavodă		
161	CT06	Spitalul Municipal Mangalia		
162	CT07	Spitalul Orășenesc Hârșova		
163	CT08	Spitalul de Ortopedie și Traumatologie și Recuperare Medicale Eforie Sud		
164	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța		
165	CT18	S.C. Medical Analysis		
166	CT19	Centrul Medical Medstar 2000		
167	CT20	Euromaterna		
168	CT22	Isis Medical Center		
169	CV01	Spitalul Județean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe		
170	CV03	Spitalul Municipal Târgu Secuiesc		
171	CV04	Spitalul Orășenesc Baraolt		
172	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna		
173	CV08	SC Andimex SRL		
174	DB01	Spitalul Județean Târgoviște		
175	DB02	Spitalul Orășenesc Pucioasa		
176	DB03	Spitalul Orășenesc Găești		
177	DB04	Spitalul Orășenesc Moreni		
178	DJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Craiova		
179	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova		
180	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Victor Babeș" Craiova		
181	DJ04	Spitalul Municipal Băilești		
182	DJ05	Spitalul "Filișanilor" Filiași		
183	DJ06	Spitalul Orășenesc Segarcea		
184	DJ07	Spitalul Municipal Calafat		
185	DJ13	Spitalul Orășenesc "Așezămintele Brâncovenești" Dăbuleni		
186	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna		
187	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova		
188	GJ01	Spitalul Județean Târgu Jiu		
189	GJ02	Spitalul Municipal Motru		
190	GJ03	Spitalul Orășenesc Târgu Cărbunești		
191	GJ04	Spitalul Orășenesc Rovinari		
192	GJ05	Spitalul Orășenesc Novaci		
193	GJ06	Spitalul Orășenesc Bumbești-Jiu		
194	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie „Tudor Vladimirescu”		

195	GJ11	Spitalul Orășenesc Turceni		
196	GL01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați		
197	GL02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați		
198	GL03	Spitalul de Psihiatrie "Elisabeta Doamna" Galați		
199	GL04	Spitalul de Obstetrică-Ginecologie "Bunavestire" Galați		
200	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galați		
201	GL06	Spitalul de Boli Infecțioase "Sfânta Cuvioasa Parascheva" Galați		
202	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci		
203	GL08	Spitalul Orășenesc Târgu Bujor		
204	GR01	Spitalul Județean Giurgiu		
205	GR05	Spitalul Orășenesc Bolintin -Vale		
206	HD01	Spitalul Județean de Urgență Deva		
207	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara		
208	HD03	Spitalul Municipal de Urgență Petroșani		
209	HD05	Spitalul Municipal Lupeni		
210	HD06	Spitalul Municipal Vulcan		
211	HD07	Spitalul Municipal Brad		
212	HD08	Spitalul Municipal Orăștie		
213	HD09	Spitalul Orășenesc Hațeg		
214	HD18	Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Zam		
215	HR01	Spitalul Județean Miercurea-Ciuc		
216	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc		
217	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni		
218	HR04	Spitalul Municipal Toplița		
219	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulgheș		
220	IF01	Spitalul Orășenesc "Dr. Maria Burghel" Buftea		
221	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Bălăceanca		
222	IF06	Spitalul Județean "Sfinții Împărați Constantin și Elena" Ilfov		
223	IL01	Spitalul Județean de Urgență Slobozia		
224	IL02	Spitalul Municipal Urziceni		
225	IL03	Spitalul Municipal Fetești		
226	IL04	Spitalul Orășenesc Țândărei		
227	IS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași		
228	IS02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași		
229	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iași		
230	IS04	Spitalul Clinic "Dr. C.I. Parhon" Iași		
231	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Cuza-Vodă" Iași		
232	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Elena Doamna" Iași		
233	IS07	Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Iași		

234	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iași		
235	IS09	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Parascheva" Iași		
236	IS11	Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași		
237	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iași		
238	IS13	Spitalul Orășenesc Hârlău		
239	IS14	Spitalul Municipal Pașcani		
240	IS28	Spital Providența		
241	IS30	Arcadia Hospital		
242	IS31	Arcadia Cardio		
243	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iași		
244	M01	Spitalul Militar de Urgență 'Regina Maria' Brașov		
245	M02	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Ștefan Odobleja"		
246	M03	Spitalul Militar de Urgență Cluj-Napoca		
247	M04	Spitalul Militar de Urgență Galați		
248	M05	Spitalul Militar de Urgență „Dr. Victor Popescu Timișoara”		
249	M06	Spitalul Militar de Urgență „Avram Iancu” Oradea		
250	M07	Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Carol Davila"		
251	M08	Spitalul Militar de Urgență Iași		
252	M09	Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu		
253	M10	Spitalul Militar de Urgență „Dr. Ion Jianu” Pitești		
254	M11	Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Gafencu" Constanta		
255	M12	Spitalul Militar de Urgență Focșani		
256	M13	Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare "dr. Constantin Zamfir"		
257	M14	Spitalul de Urgență "Prof.Dr. Dimitrie Gerota"		
258	M15	Spitalul Clinic de Urgență "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"		
259	M16	Spitalul "Prof.Dr. Constantin Angelescu"		
260	MH01	Spitalul Județean Drobeta-Turnu Severin		
261	MH02	Spitalul Municipal Orșova		
262	MH05	Spitalul Orășenesc Baia de Aramă		
263	MM01	Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opriș" Baia Mare		
264	MM02	Spitalul de Boli Infecțioase, Dermatovenerologie și Psihiatrie Baia Mare		
265	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare		
266	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatei		
267	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic		
268	MM07	Spitalul de Recuperare Borșa		

269	MM08	Spitalul Orășenesc Târgu Lapuș		
270	MM09	Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus		
271	MM12	SC Euromedica Hospital S. A.		
272	MS01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș		
273	MS02	Spitalul Clinic Județean Mureș		
274	MS04	Spitalul Municipal Sighișoara		
275	MS05	Spitalul Orășenesc "Dr. Vaier Russu" Luduș		
276	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoară" Reghin		
277	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Târnăveni		
278	MS11	Centrul de Sănătate Sângeorgiu de Pădure		
279	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL		
280	MS16	S.C. Centrul Medical Topmed S.R.L.		
281	MS18	SC Cardio Med SRL		
282	MS19	SC Nova Vita Hospital SA		
283	MS20	S.C. Cosmex S.R.L.- Centrul Medical PULS		
284	MS21	Spitalul Sovata-Niraj		
284 ¹	MS24	Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare		
285	NT01	Spitalul Județean de Urgență Piatra-Neamț		
286	NT02	Spitalul Municipal de Urgență Roman		
287	NT04	Spitalul Orășenesc Târgu-Neamț		
288	NT07	Sanatoriul TBC Bisericiani		
289	OT01	Spitalul Județean Slatina		
290	OT02	Spitalul Orășenesc Balș		
291	OT03	Spitalul Municipal Caracal		
292	OT04	Spitalul Orășenesc Corabia		
293	PH01	Spitalul Județean de Urgență Ploiești		
294	PH04	Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Ploiești		
295	PH05	Spitalul de Ortopedie și Traumatologie Azuga		
296	PH06	Spitalul Orășenesc Băicoi		
297	PH07	Spitalul Municipal Câmpina		
298	PH08	Spitalul Orășenesc Sinaia		
299	PH09	Spitalul Orășenesc Mizil		
300	PH101	Spitalul Orășenesc Urlați		
301	PH102	Spitalul de Pneumoftiziologie Drajna		
302	PH12	Spitalul Orășenesc Vălenii de Munte		
303	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila		
304	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza		
305	PH20	Spitalul de Boli Infecțioase Ploiesti		
306	PH96	Spitalul De Pneumoftiziologie Florești		
307	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti		
308	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti		
309	SB01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu		
310	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu		
311	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu		
312	SB04	Spitalul Municipal Mediaș		
313	SB05	Spitalul Orășenesc Agnita		
314	SB06	Spitalul Orășenesc Cîsnădie		

315	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu		
316	SB10	Centrul Medical Polissano		
317	SJ01	Spitalul Județean Zalău		
318	SJ02	Spitalul Orășenesc "Prof. Dr. Ioan Pușcaș" Șimleu Silvaniei		
319	SJ03	Spitalul Orășenesc Jibou		
320	SJ10	S.C. Salvosan Ciobanca S.R.L.		
321	SM01	Spitalul Județean Satu Mare		
322	SM04	Spitalul Municipal Carei		
323	SM05	Spitalul Orășenesc Negrești-Oaș		
324	SM08	Gynoprax		
325	SV01	Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava		
326	SV02	Spitalul Municipal Câmpulung Moldovenesc		
327	SV03	Spitalul Municipal Fălticeni		
328	SV04	Spitalul Orășenesc Gura Humorului		
329	SV05	Spitalul Municipal Rădăuți		
330	SV06	Spitalul Orășenesc Siret		
331	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei		
332	SV08	Spitalul De Psihiatrie Cronici Siret		
333	SV12	Spitalul De Psihiatrie Câmpulung Moldovenesc		
334	SV17	Spitalul Bethesda Suceava		
335	T01	Spitalul General CF 2 București		
336	T02	Spitalul Universitar CF Witing		
337	T03	Spitalul Universitar CF Constanta		
338	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova		
339	T05	Spitalul Universitar CF Cluj		
340	T06	Spitalul Universitar CF Iași		
341	T07	Spitalul Universitar CF Timișoara		
342	T08	Spitalul Clinic CF Oradea		
343	T09	Spitalul General CF Brașov		
344	T10	Spitalul C.F.R. Galați		
345	T11	Spitalul General CF Ploiești		
346	T12	Spital General CF Sibiu		
347	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin		
348	T14	Spitalul General CF Pașcani		
349	T15	Spitalul General CF Simeria		
350	T16	Spitalul Clinic CF Oradea - Secție exterioara CF Satu Mare		
351	T17	Spitalul CF Galați - Secția exterioara CF Buzău		
352	TL01	Spitalul Județean de Urgență Tulcea		
353	TL03	Spitalul Orășenesc Macin		
354	TM01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Timișoara		
355	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgență Timișoara		
356	TM03	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "L. Țurcanu" Timișoara		
357	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Dr. V. Babeș"		

358	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara		
359	TM07	Spitalul Municipal Lugoj		
360	TM09	Spitalul Orășenesc Deta		
361	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia		
362	TM11	Spitalul Orășenesc Sânnicolau Mare		
363	TM12	Spitalul Orășenesc Făget		
364	TM15	Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Gătaia		
365	TM16	Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel		
366	TM17	Centrul Clinic De Evaluare Și Recuperare Pentru Copii Și Adolescenți Cristian Serban Buzias		
367	TM19	S.C. Brol Medica Center S.R.L.		
368	TM21	S.C. Gynatal S.R.L.		
369	TM22	Centrul De Oncologie Oncohelp		
370	TM23	Athena Hospital		
371	TM24	S.C. Medicorclinics S.R.L.		
372	TR01	Spitalul Județean Alexandria		
373	TR02	Spitalul Municipal Turnu Măgurele		
374	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Roșiorii de Vede		
375	TR04	Spitalul Orășenesc Zimnicea		
376	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Roșiorii De Vede		
377	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia		
378	TR12	Spitalul Orășenesc Videle		
379	VL01	Spitalul Județean de Urgență Râmnicu Valcea		
380	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Drăgășani		
381	VL04	Spitalul Orășenesc Horezu		
382	VL05	Spitalul Orășenesc Brezoi		
383	VL06	Spitalul de Pneumoftiziologie „Constantin Anastasatu”.		
384	VL11	SC Incarmed SRL Râmnicu Valcea		
385	VN01	Spitalul Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani		
386	VN02	Spitalul Municipal Adjud		
387	VN04	Spitalul Orășenesc Panciu		
388	VN07	Spitalul Comunal Vidra		
389	VN09	Spital Materna SRL		
390	VS01	Spitalul Județean de Urgență Vaslui		
391	VS02	Spitalul Municipal de Urgență "Elena Beldiman" Barlad		
392	VS04	Spitalul Municipal Huși		
393	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni		
394	AG24	SC Muntenia Medical Competences SA		
395	B_128	SC Medicover Hospitals SRL		
396	B_129	Spitalul Monza		
397	BH 32	EUCLID Oradea		
398	BV 14	SANATORIUL DE NEVROZE PREDEAL		
399	BV24	S.C. PDR S.A.- Medlife Brasov		
400	BV25	SC ONCO CARD SRL - Centrul de Diagnostic si		

		Tratament Oncologic		
401	CT24	S.C. ROCOMEDICOR		
402	DJ30	Centrul Medical MOGOS MED		
403	DJ 32	SC TOPMEDICAL SRL CRAIOVA		
404	IS21	Spitalul de Psihiatrie si pentru masuri de siguranta PADURENI		
405	MM11	SC CHE COSMEDICA SRL		
406	MM 15	SC Clinica Somesan SRL		
407	PH 105	Dentirad Hospital SRL		
408	PH 106	SC SPITAL LOTUS SRL		
409	SM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare		
410	SB 09	CENTRUL DE INGRIJIRE PALIATIVA - HOSPICE		
411	SB 11	SC CLINICA POLISANO SRL	Fuzioneaza cu SB 10	
412	TM 26	CENTRUL MEDICAL SF. MARIA		
413	VL 15	SC RAPITEST CLINICA SRL		
414		Centrul de Cardiologie Craiova – e la SNSPMS si nu este in anexa 17a	A fost preluat in structura Sp. judetean	
	DJ 21	Centrul de Cardiologie Craiova		

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli și tulburari ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli și tulburari ale ochiului
3	CMD 03	Boli și tulburari ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	CMD 04	Boli și tulburari ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli și tulburari ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli și tulburari ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburari ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	CMD 08	Boli și tulburari ale sistemului musculo-scheletal și tesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli și tulburari ale pielii, tesutului subcutanat și sanului
10	CMD 10	Boli și tulburari endocrine, nutritionale și metabolice
11	CMD 11	Boli și tulburari ale rinichiului și tractului urinar
12	CMD 12	Boli și tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli și tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, naștere și lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuți și alți neonatali
16	CMD 16	Boli și tulburari ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice și neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infecțioase și parazitare
19	CMD 19	Boli și tulburări mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24		DRG abatere

ANEXA 23 B II

Nr. Crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Alte (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostic	Valoare r lativa	DMS	Limita inferioara a DS	Limita superioara a DS	Mediana DS in sectile ATI, national
1	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2.7534	9.26	2	36	1.0
2	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1.4365	6.39	1	23	1.0
3	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3.4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0.6490	-	-	-	-
5	24	M	93020	Diagnostiche principale inacceptabile	0.1197	-	-	-	-
6	24	M	93030	Diagnostiche neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2.3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0.0000	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0.0000	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inima	0.0000	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14.2331	17.67	3	68	6.0
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0.0000	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxygenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.5797	8.34	2	28	3.5
17	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4.1332	-	-	-	-
18	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1.6508	6.42	1	22	0.0
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	10.50	3	33	1.0
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	13.86	3	48	1.0
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	12.67	3	39	1.0
22	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2.5833	11.26	3	36	1.0
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC	4.2466	9.05	3	25	1.0

				catastrofale sau severe					
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2.0414	7.25	3	18	1.0
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	8.87	3	25	1.0
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1.4176	6.08	1	24	1.0
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	3.10	1	9	0.0
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	7.90	2	31	1.0
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0.7561	5.16	1	19	1.0
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	6.10	2	19	1.0
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.7120	4.61	1	14	0.0
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	6.59	2	19	1.5
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5.0342	10.42	1	48	2.0
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1.5122	8.40	2	29	1.0
36	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8704	7.48	2	27	1.0
37	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1.2601	7.69	2	25	0.5
38	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0.1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Dementa și alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	11.12	2	39	2.0
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	-	-	-	-
41	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0.8884	12.14	3	38	1.0
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0.3339	6.05	2	17	3.0
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	7.51	1	32	2.0
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.7624	4.81	1	19	2.0
45	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	8.77	2	28	3.0
46	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0.8821	7.27	2	22	3.0
47	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0.4032	5.95	1	21	1.0

48	1	M	B3091	Scleroza multipla și ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	7.14	2	20	5.0
49	1	M	B3092	Scleroza multipla și ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	5.73	2	17	7.0
50	1	M	B3101	AIT și ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0.9766	6.94	2	18	3.0
51	1	M	B3102	AIT și ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0.4284	6.22	2	17	4.0
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	12.32	3	37	4.0
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	9.01	3	25	4.0
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1.0585	7.42	2	21	4.0
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.90	1	5	1.0
56	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni și periferici cu CC	1.2223	6.72	2	17	2.0
57	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni și periferici fara CC	0.2520	6.04	2	17	1.0
58	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	9.99	2	37	3.0
59	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1.1467	7.42	2	26	2.0
60	1	M	B3140	Menigita virala	0.6175	8.21	2	30	5.0
61	1	M	B3150	Stupoare și coma non-traumatica	0.5482	4.58	1	17	1.0
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.37	2	12	1.0
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	6.07	2	18	2.0
64	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0.3717	5.23	1	17	1.0
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	4.52	1	14	1.0
66	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1.9973	6.05	1	24	2.0
67	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0.8191	3.82	1	13	1.0
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	4.45	1	15	1.0
69	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0.2394	3.84	1	12	1.0
70	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	6.31	2	19	2.0
71	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.5545	8.46	1	33	1.0
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.60	2	16	1.0
73	2	C	C1020	Enucleeri și proceduri ale orbitei	1.1278	3.86	1	10	1.0
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.74	1	6	1.0
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0.8884	6.17	2	17	1.0
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	3.33	1	10	0.0
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.72	1	6	1.0

78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.51	1	10	1.0
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0.4158	3.59	1	11	1.0
80	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	4.49	1	13	1.0
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.3150	3.09	1	9	1.0
82	2	C	C1111	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei	0.8191	3.90	2	9	1.0
83	2	C	C1112	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	2.78	1	6	1.0
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infectii oculare acute și majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	5.69	2	15	1.0
87	2	M	C3012	Infectii oculare acute și majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0.7057	3.82	1	12	2.0
88	2	M	C3020	Tulburari neurologice și vasculare ale ochiului	0.4347	5.42	2	16	1.0
89	2	M	C3030	Hifema și traume oculare tratate medical	0.2898	4.46	1	13	1.0
90	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	4.60	2	12	1.0
91	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	3.63	1	11	1.0
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	11.23	4	26	1.0
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului și gâtului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	6.56	2	19	1.0
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului și gâtului cu stare maligna sau CC moderate	1.8335	8.40	2	30	1.0
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului și gâtului fara stare maligna fara CC	1.1152	7.13	2	21	1.0
96	3	C	D1030	Cura chirurgicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	8.12	3	22	1.0
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1.6193	5.26	2	16	1.0
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0.9325	5.29	2	16	1.0
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	8.24	3	21	1.0
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei și urechii medii	0.8947	7.24	2	21	1.0
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0.5671	5.07	2	14	1.0
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0.5293	4.94	2	13	1.0
103	3	C	D1090	Amigdalectomie și/sau adenoidectomie	0.4284	3.21	1	8	1.0
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0.6427	4.11	1	12	1.0
105	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	4.58	1	15	0.0
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii și glandei salivare	0.4978	4.20	1	12	1.0
107	3	A	D2010	Extractii dentare și restaurare	0.3402	3.68	2	9	1.0
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0.2016	-	-	-	-
109	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii și gâtului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	6.98	1	25	1.0

110	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii și gâtului fara CC catastrofale sau severe	0.5608	5.65	1	19	0.0
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.82	2	16	2.0
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	4.76	2	12	1.0
113	3	M	D3041	Otita medie și infecție a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	4.91	2	12	1.0
114	3	M	D3042	Otita medie și infecție a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	4.68	2	13	1.0
115	3	M	D3050	Laringotraheita și epiglotita	0.2394	4.63	2	12	1.0
116	3	M	D3060	Traumatism și deformitate nazale	0.2583	4.00	1	11	1.0
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul cu CC	0.6490	5.29	2	14	1.0
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul fara CC	0.2457	5.12	2	15	1.0
119	3	M	D3081	Tulburari orale și dentare cu exceptia extractiilor și reconstituirilor	0.5293	4.27	1	12	1.0
120	3	M	D3082	Tulburari orale și dentare cu exceptia extractiilor și reconstituirilor de zi	0.1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	12.77	3	42	1.0
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2.1989	8.27	2	29	1.0
123	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	5.52	1	20	1.0
124	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	4.58	1	14	1.0
125	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0.6112	3.47	1	10	1.0
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.06	1	35	3.0
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	8.89	1	42	1.0
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0.2016	-	-	-	-
129	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2.6652	9.88	2	33	4.5
130	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2.0036	5.37	2	16	1.5
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.19	2	34	2.0
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0.7876	9.06	2	32	3.5
133	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1.6697	7.95	3	21	2.0
134	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0.9703	7.17	2	19	1.0
135	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	6.93	2	19	2.0
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	4.55	2	13	1.0

137	4	M	E3050	Edem pulmonar și insuficienta respiratorie	0.8758	6.24	2	18	2.0
138	4	M	E3061	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	8.36	3	20	3.0
139	4	M	E3062	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.6805	7.76	3	20	3.0
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1.4302	6.14	2	16	2.0
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0.7435	5.37	2	14	2.0
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fără CC	0.4032	4.54	2	13	2.0
143	4	M	E3081	Semne și simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	6.67	2	23	2.0
144	4	M	E3082	Semne și simptome respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.3087	5.27	2	16	1.0
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	7.40	2	22	2.0
146	4	M	E3101	Bronsita și astm varsta >49 cu CC	0.7624	7.67	3	19	3.0
147	4	M	E3102	Bronsita și astm varsta >49 sau cu CC	0.5041	5.78	2	15	1.0
148	4	M	E3103	Bronsita și astm varsta <50 fără CC	0.3339	5.20	2	14	1.0
149	4	M	E3111	Tuse convulsivă și bronșiolită acută cu CC	1.0396	5.71	2	14	1.0
150	4	M	E3112	Tuse convulsivă și bronșiolită acută fără CC	0.5608	5.03	2	14	1.0
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	6.69	2	23	2.0
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	6.03	1	22	2.0
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fără CC	0.4725	4.73	1	17	1.0
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute în perioada neonatală	0.9829	-	-	-	-
155	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	9.38	2	29	3.0
156	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1.0396	8.41	2	27	1.0
157	4	M	E3143	Revarsat pleural fără CC catastrofale sau severe	0.6049	7.85	2	27	1.0
158	4	M	E3151	Boala interstitală pulmonară cu CC catastrofale	1.6760	6.95	3	16	2.0
159	4	M	E3152	Boala interstitală pulmonară cu CC severe	1.1530	6.12	3	14	2.0
160	4	M	E3153	Boala interstitală pulmonară fără CC catastrofale sau severe	0.6616	5.66	2	13	1.0
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0.9388	6.06	1	25	2.0
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0.6364	5.70	1	20	1.0
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fără CC	0.3843	4.36	1	13	1.0
164	5	C	F1011	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	9.27	2	33	0.0
165	5	C	F1012	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fără CC catastrofale sau severe	6.3195	-	-	-	-

166	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	10.14	2	39	1.0
167	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	19.84	7	49	3.0
168	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6.1557	16.29	6	37	2.0
169	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4.3663	18.13	7	38	1.5
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	19.31	8	41	2.0
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4.9397	20.78	8	48	2.0
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	15.23	6	33	2.0
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3.0999	15.35	6	35	1.0
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7.5230	17.48	4	62	2.0
175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4.5365	-	-	-	-
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5.2232	10.76	1	59	1.0
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.5266	8.16	1	48	1.0
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4.1143	10.00	2	41	2.0
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.6715	8.81	2	33	1.0
180	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1.8461	6.12	2	16	1.0
181	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior și a degetului de la picioar cu CC catastrofale	5.9037	16.57	4	51	1.0
182	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior și a degetului de la picior fara CC catastrofale	2.9487	16.89	5	47	1.0
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.64	2	19	1.0
184	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior și a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	13.44	3	45	1.0
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3.1881	6.42	2	21	1.0
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1.3420	5.65	1	19	1.0
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0.9388	5.27	2	16	1.0
188	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu	1.2853	4.51	2	13	1.0

				implantare de stent					
189	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1.2538	5.23	1	17	1.5
190	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	6.34	2	20	1.0
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.2160	6.10	2	19	0.0
192	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	-	-	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor și stripping	0.6616	5.78	2	18	1.0
194	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	8.58	2	35	1.0
195	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1.2601	8.21	2	30	1.0
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	7.07	1	31	3.0
197	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.7327	5.74	2	18	1.0
198	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1.0648	5.99	2	19	1.0
199	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	4.68	1	14	2.0
200	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	3.12	1	9	1.0
201	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.3609	8.14	2	27	2.0
202	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0.6553	6.26	1	28	1.0
203	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	3.69	1	15	1.0
204	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2.7471	17.68	2	98	2.0
205	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca și soc cu CC catastrofale	1.6886	6.35	2	20	2.0
206	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca și soc fara CC catastrofale	0.7561	6.68	2	18	2.0
207	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1.2538	8.21	3	21	4.0
208	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0.5734	7.43	3	20	3.0
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	8.51	3	20	2.0
210	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	6.57	2	20	1.0
211	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0.4284	6.84	2	23	1.0

212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	6.42	2	18	2.0
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	5.65	2	16	2.0
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.11	2	16	2.0
215	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0.3528	5.57	2	15	2.0
216	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0.3780	5.12	1	17	2.0
217	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	6.48	2	18	3.0
218	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0.2520	5.03	2	14	2.0
219	5	M	F3111	Aritmie majora și stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.36	1	24	1.0
220	5	M	F3112	Aritmie majora și stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0.4473	5.03	1	20	1.0
221	5	M	F3121	Aritmie non-majora și tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	6.74	2	19	3.0
222	5	M	F3122	Aritmie non-majora și tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0.3654	4.96	2	15	2.0
223	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0.8317	6.27	2	17	2.0
224	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.66	2	16	2.0
225	5	M	F3141	Sincopa și colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.38	2	16	1.0
226	5	M	F3142	Sincopa și colaps fara CC catastrofale sau severe	0.2961	4.06	1	12	1.0
227	5	M	F3150	Durere toracica	0.2646	3.89	1	12	0.0
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	7.34	2	23	2.0
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	7.12	2	19	2.0
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0.5230	5.49	2	17	1.0
231	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4.6940	17.57	5	50	2.0
232	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2.6841	16.12	6	36	2.0
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire și gros cu CC catastrofale	4.4356	14.02	3	47	2.0
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire și gros fara CC catastrofale	2.1359	12.19	3	36	2.0
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului cu stare maligna	5.0909	15.31	4	50	3.0
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fara stare maligna cu CC catastrofale sau severe	3.8182	8.90	2	28	2.0
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1.3672	6.32	2	20	1.0
238	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2.8920	10.15	3	29	1.0
239	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1.7579	7.09	3	17	1.0
240	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1.0459	5.62	2	14	1.0

241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subtire și gros cu CC	1.9532	7.06	2	22	1.0
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subtire și gros fara CC	1.0963	5.58	2	16	1.0
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.53	2	12	1.0
245	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0.8443	4.76	2	10	1.0
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala și alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	8.17	3	23	1.0
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala și alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0.5923	6.34	2	18	1.0
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala și femurala varsta >0	0.5797	5.98	2	16	1.0
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0.5293	4.72	2	12	1.0
250	6	C	G1111	Proceduri anale și la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	6.05	2	18	1.0
251	6	C	G1112	Proceduri anale și la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.34	2	15	1.0
252	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	9.76	2	39	1.0
253	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0.8317	8.14	2	30	1.0
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.18	2	18	3.0
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-	-
256	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0.4032	5.20	2	15	1.5
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	4.88	1	14	1.0
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0.6364	3.84	1	11	0.0
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.91	2	14	1.0
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1.8335	6.27	2	18	2.0
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0.8380	4.96	2	14	2.0
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0.9766	5.47	1	19	2.0
266	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0.5041	4.29	1	13	2.0
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu	0.4978	6.24	2	21	3.0

				(CC catastrofale sau severe)					
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0.2583	5.18	2	16	3.0
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	5.69	2	17	2.0
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.78	2	15	2.0
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	5.74	1	20	2.0
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	5.16	1	16	2.0
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	4.16	1	13	2.0
274	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	4.18	1	12	1.0
275	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	3.22	1	9	1.0
276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita și diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	5.15	2	14	1.0
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita și diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0.2709	4.68	2	13	2.0
278	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0.7498	4.33	2	11	1.0
279	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0.3402	3.83	2	10	2.0
280	6	M	G3100	Esofagita și diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0.3717	3.47	1	9	1.0
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	4.97	1	15	1.0
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	4.23	1	13	1.0
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt cu CC catastrofale	5.5572	16.22	3	59	2.0
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt fara CC catastrofale	2.4825	13.99	4	42	1.0
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4.2340	15.89	5	45	2.0
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severe)	2.3753	13.61	3	42	2.0
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	12.64	3	40	2.0
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.4320	7.86	2	23	1.0
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1.0648	6.41	2	15	1.0
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare și pancreatice	2.4825	7.02	2	25	2.0
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3.4780	11.29	3	34	2.0
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1.5563	10.52	4	24	1.0

293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	6.27	2	18	1.0
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0.8443	5.27	2	12	1.0
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	5.70	2	17	2.0
296	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2.0099	8.07	2	26	1.5
297	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0.8380	4.77	1	14	0.0
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1.8083	7.46	2	25	1.0
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1.0144	5.79	1	20	1.0
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.5860	5.16	1	17	0.0
301	7	M	H3011	Ciroza și hepatita alcoolică cu CC catastrofale	1.9406	7.61	2	26	2.0
302	7	M	H3012	Ciroza și hepatita alcoolică cu CC severe	0.9136	7.20	2	22	3.0
303	7	M	H3013	Ciroza și hepatita alcoolică fara CC catastrofale sau severe	0.4347	6.48	2	19	2.0
304	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar și pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	6.65	2	23	2.0
305	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar și pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0.6301	5.42	1	19	2.0
306	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	6.99	2	21	3.0
307	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0.5797	6.10	2	18	3.0
308	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.37	2	20	2.0
309	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	5.80	2	18	2.0
310	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.72	2	16	2.0
311	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	4.75	2	14	2.0
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	20.32	5	62	1.0

313	8	C	I1021	Transfer de tesut micorvascular sau (greafa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6.9181	12.54	2	53	1.0
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2.7534	8.75	1	39	0.0
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	17.19	5	45	1.0
316	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3.3834	14.07	6	30	1.0
317	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2.7597	13.28	6	26	1.0
318	8	C	I1040	Inlocuire și reatasare de genunchi	2.8920	14.17	5	36	1.0
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor și reatasare a unui membru	2.6652	-	-	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	16.23	3	58	2.0
321	8	C	I1070	Amputatie	4.8767	20.12	4	73	1.0
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului și al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	13.43	5	33	1.0
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului și al femurului fara CC catastrofale sau severe	1.9280	11.82	4	28	1.0
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5.6517	7.68	2	23	1.0
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3.0432	8.76	2	28	1.0
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui și gatului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	8.97	2	27	1.0
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui și gatului fara CC catastrofale sau severe	1.3546	8.14	2	24	1.0
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	8.32	1	39	1.0
329	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor și articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	11.04	2	42	1.0
330	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor și articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și tesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	8.92	1	37	1.0
331	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor și articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1.3546	7.91	1	36	1.0
332	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	10.57	3	31	1.0
333	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1.6004	9.77	3	28	0.0
334	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau	1.2034	8.41	2	25	0.0

				severe					
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1.4870	9.80	1	44	0.0
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1.9343	8.43	2	28	1.0
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	4.58	1	15	1.0
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1.4113	6.47	1	23	1.0
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.25	1	14	1.0
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului și antebratului	0.9829	5.65	2	18	0.0
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	7.12	2	25	1.0
342	8	C	I1210	Excizie locala și indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului și femurului	0.8506	5.89	1	21	0.0
343	8	C	I1220	Excizie locala și indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold și femur	0.4221	3.95	1	12	0.0
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	3.70	1	11	0.0
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor și a incheieturilor, incluzand biopsia	1.8146	6.00	1	21	1.0
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	6.90	1	26	1.0
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0.6868	5.22	1	18	1.0
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.51	1	24	0.0
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	4.78	1	15	0.0
350	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.23	1	12	1.0
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	4.25	1	13	0.0
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	6.34	1	25	1.0
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	5.87	1	21	1.0
354	8	M	I3030	Entorse, luxatii și dislocari ale soldului, pelvisului și coapsei	0.5356	5.64	1	19	1.0
355	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2.0162	10.41	2	41	1.0
356	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0.7120	11.44	1	49	1.0
357	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1.3609	6.52	1	23	1.0
358	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0.5671	4.93	1	17	1.0
359	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	6.13	2	17	2.0
360	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.21	2	15	0.0
361	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2.3564	7.96	2	22	2.0
362	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0.7939	7.21	2	25	1.0
363	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.74	2	18	2.0
364	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	5.87	2	18	1.0

365	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.1890	-	-	-	-
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor și atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	6.83	2	21	2.0
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor și atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	5.95	2	18	1.0
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor și atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0.2898	5.47	2	17	1.0
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	6.27	2	18	2.0
370	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0.8695	7.72	2	24	1.5
371	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0.4032	5.90	2	18	1.0
372	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0.2646	4.74	1	14	0.0
373	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	6.87	2	21	1.0
374	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0.3339	5.35	1	17	1.0
375	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	9.56	2	40	0.5
376	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	6.38	1	26	1.0
377	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0.3465	4.29	1	15	0.0
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1.1026	3.82	1	10	0.0
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0.4284	3.54	1	9	0.0
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0.2835	2.89	1	7	0.0
381	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1.3861	4.67	1	15	0.0
382	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0.5860	4.16	1	13	0.0
383	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0.2961	3.63	1	11	0.0
384	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1.1467	7.61	1	27	1.0
385	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0.4788	6.13	1	22	1.0

386	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0.2583	4.90	1	16	1.0
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	7.64	1	29	1.0
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0.9262	5.95	1	20	1.0
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	6.44	1	24	2.0
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0.4284	5.51	1	20	1.0
391	9	C	J1010	Transfer de tesut microvascular pentru piele, tesut subcutanat și tulburari ale sanului	4.8137	10.57	2	36	0.0
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	10.00	3	29	1.0
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	5.59	2	17	0.0
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	4.63	1	16	0.0
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.3780	4.08	1	13	0.0
396	9	C	J1041	Alta grefa a pielii și/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	5.76	1	19	1.0
397	9	C	J1042	Alta grefa a pielii și/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0.6112	4.77	1	17	1.0
398	9	C	J1050	Proceduri perianale și pilonidale	0.4978	4.57	1	13	1.0
399	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat și chirurgie plastica la nivelul sanului	0.4473	5.00	1	19	1.0
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat și sanului	0.2709	4.34	1	15	1.0
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4.7444	11.58	3	35	1.0
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	18.67	3	71	1.0
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1.7768	9.32	2	31	1.0
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	9.82	1	45	0.0
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele și (CC catastrofale sau severe)	0.8947	5.98	1	22	0.0
406	9	C	J1100	Reconstructii majore ale sanului	3.5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1.4491	8.28	3	22	3.5
408	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0.1260	-	-	-	-

409	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	5.35	1	20	2.0
410	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0.2394	4.13	1	13	1.0
411	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	4.32	1	13	1.0
412	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1.3420	8.85	3	25	1.0
413	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0.5608	6.17	2	19	1.0
414	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat și sanului varsta >69	0.5545	5.02	2	15	2.0
415	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat și sanului varsta <70	0.2709	3.50	1	10	1.0
416	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0.5923	4.71	1	14	1.0
417	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	-	-	-	-
418	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0.9199	5.60	2	16	1.0
419	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	10.77	3	33	1.0
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	12.39	2	53	1.0
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	11.49	3	31	1.0
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.51	2	13	1.0
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.52	2	15	1.0
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	5.16	2	14	1.0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	5.74	2	14	1.0
428	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional și metabolic	2.7849	7.15	1	26	1.0
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0.3843	-	-	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.2790	6.52	2	17	3.0
431	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0.5734	5.75	2	16	1.0
432	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2.3060	6.21	2	19	2.0
433	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1.5185	6.10	2	17	2.0
434	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0.7246	4.71	2	12	1.0
435	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0.3843	3.99	2	10	1.0
436	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0.4158	4.40	1	13	1.0
437	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	5.10	2	13	2.0
438	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0.4851	4.27	2	10	1.0
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4.0576	14.58	1	90	1.0

440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	14.41	3	47	2.0
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2.7345	11.94	3	38	2.0
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	10.26	2	36	1.0
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	8.56	2	30	1.0
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1.2790	8.62	2	31	1.0
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.81	4	22	1.0
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8821	8.12	3	20	0.0
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	8.49	2	32	1.0
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0.6364	6.54	2	22	1.0
450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.2790	7.01	2	20	1.0
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0.5230	5.57	2	16	0.0
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	6.13	2	18	0.5
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	6.01	2	18	1.0
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului și tractului urinar cu CC catasatrofal	4.9460	7.94	1	38	1.0
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului și tractului urinar cu CC severe	2.1233	5.28	1	20	1.0
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului și tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1.0459	4.09	1	14	1.0
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	5.14	2	15	0.0
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0.2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	4.73	1	17	0.0
460	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2.2556	8.73	2	32	2.0
461	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1.2160	7.08	2	23	2.0
462	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0.6364	5.90	2	20	1.0
463	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0.0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	5.93	1	22	2.0

465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului și tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.6112	3.98	1	12	1.0
466	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	6.77	2	20	2.0
467	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului și tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0.7435	6.48	2	17	2.0
468	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului și tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0.4284	5.35	2	14	1.0
469	11	M	L3050	Pietre și obstrucție urinară	0.3276	4.45	2	13	1.0
470	11	M	L3061	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	5.44	2	16	2.0
471	11	M	L3062	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3339	4.33	1	12	1.0
472	11	M	L3070	Stricture uretrale	0.3528	4.85	1	15	1.0
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	2.0603	7.01	2	23	1.5
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC severe	0.8947	5.70	2	17	1.0
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3087	4.76	1	14	1.0
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	16.11	7	34	2.0
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1.6823	9.32	4	21	1.0
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8695	8.42	4	19	1.0
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.47	2	12	0.0
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	3.77	1	11	0.0
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	5.95	2	16	1.0
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.4410	4.43	2	12	1.0
483	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	2.96	1	8	0.0
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	4.29	1	15	1.0
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	6.03	2	18	1.0
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0.1890	-	-	-	-
487	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	5.65	1	20	1.0
488	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0.3465	4.18	1	14	1.0
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1.0837	5.13	2	15	1.0
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0.2835	4.17	1	12	1.0
491	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin	0.7687	5.19	2	15	0.0

				cu CC					
492	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	4.30	1	12	0.0
493	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0.2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.2520	4.11	1	12	0.0
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului și vulvectomie radicala	3.3456	12.41	4	29	1.0
496	13	C	N1021	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	9.18	3	25	1.0
497	13	C	N1022	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	6.74	2	20	1.0
498	13	C	N1031	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	7.19	2	26	1.0
499	13	C	N1032	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	5.97	1	21	1.0
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	8.78	4	19	1.0
501	13	C	N1051	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	8.36	3	20	1.0
502	13	C	N1052	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0.9955	6.98	2	18	1.0
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	7.09	3	18	1.0
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin și anexe pentru stare nemaligna	0.5104	3.76	1	11	1.0
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.32	1	13	1.0
506	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin și vulvei	0.3087	4.07	1	12	1.0
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic și histeroscopia diagnostica	0.2898	2.84	1	7	0.0
508	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	4.22	1	12	1.0
509	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0.3717	3.36	1	9	1.0
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0.1890	-	-	-	-
511	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	6.69	1	25	2.0
512	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0.5797	4.99	1	16	1.0
513	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.06	1	11	1.0
514	13	M	N3031	Tulburari menstruale și alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.12	2	11	1.0

515	13	M	N3032	Tulburari menstruale și alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	3.41	1	9	1.0
516	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2.3123	6.39	2	16	1.0
517	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1.5752	6.56	2	16	1.0
518	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1.2223	5.56	2	12	1.0
519	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.2412	5.26	2	12	1.0
520	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9388	4.68	2	10	0.0
521	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0.8128	5.59	2	14	1.0
522	14	C	O1040	Postpartum și post avort cu proceduri in sala de operatii	0.5860	3.36	1	9	1.0
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	2.59	1	6	1.0
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0.1890	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1.0270	5.17	2	12	1.0
526	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0.7309	4.53	2	10	1.0
527	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	4.70	2	10	1.0
528	14	M	O3020	Postpartum și post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	5.66	2	17	1.0
529	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	2.91	1	8	1.0
530	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0.3276	3.86	1	11	1.0
531	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0.1449	3.46	1	9	1.0
532	14	M	O3051	Internare prenatala și pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.16	2	11	1.0
533	14	M	O3052	Internare prenatala și pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	-	-	-	-
534	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0.7561	2.10	1	5	2.0
535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15.7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12.4375	20.85	1	129	16.0
537	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9.9109	16.89	2	85	10.0
538	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6.4140	15.18	2	58	14.0
539	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10.1629	22.24	3	86	11.0

540	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3.2700	5.14	2	11	3.0
541	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.19	1	3	1.0
542	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0.4536	1.27	1	3	1.0
543	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22.6886	20.60	1	108	18.5
544	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15.7579	22.46	2	124	20.0
545	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6.0801	16.87	1	86	13.0
546	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4.5113	18.77	2	96	12.0
547	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4.6751	20.63	3	89	14.0
548	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3.1944	15.53	2	67	8.0
549	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2.3312	13.76	2	56	5.0
550	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2.1296	8.35	1	38	2.0
551	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.5581	13.01	2	50	6.0
552	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2.0918	8.44	2	26	5.0
553	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1.4176	7.79	2	21	4.0
554	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.6301	6.42	2	18	2.0
555	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.2934	8.60	2	25	6.0
556	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu	1.3042	5.16	2	11	4.0

				probleme majore					
557	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0.7309	4.44	2	9	2.0
558	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.3150	4.00	2	7	1.0
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	12.40	4	33	2.0
560	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui și organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	4.97	1	14	1.0
561	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui și organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0.6175	5.13	1	16	1.0
562	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale și de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	5.54	2	16	2.0
563	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale și de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0.7120	6.23	2	21	1.0
564	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale și de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0.2331	4.87	1	15	1.0
565	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1.3168	6.05	2	18	2.0
566	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0.6490	5.81	2	17	2.0
567	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0.2268	5.41	1	18	3.0
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	5.63	1	20	2.0
569	17	C	R1011	Limfom și leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	12.60	2	45	1.0
570	17	C	R1012	Limfom și leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2.0162	7.87	2	27	1.0
571	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3.3960	9.90	2	41	1.0
572	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1.8398	7.77	1	33	1.0
573	17	C	R1031	Limfom și leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8767	11.82	2	52	1.0
574	17	C	R1032	Limfom și leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9892	6.15	1	25	1.0
575	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.5248	5.49	1	19	0.0
576	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.7120	4.10	1	16	1.0
577	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5.3870	14.70	2	74	1.0
578	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1.0648	6.94	1	29	1.0
579	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0.6112	4.33	1	15	1.0
580	17	M	R3021	Limfom și leucemie non-acuta cu CC	3.0936	6.69	1	26	1.0

				catastrofale					
581	17	M	R3022	Limfom și leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1.0207	4.47	1	15	1.5
582	17	M	R3023	Limfom și leucemie non-acuta, de zi	0.1323	-	-	-	-
583	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	5.75	1	20	1.0
584	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	4.23	1	14	1.0
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0.1890	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	8.54	2	32	1.0
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.4320	5.93	2	18	1.0
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1.5941	4.23	2	11	2.0
591	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase și parazitare cu CC catastrofale	5.6769	10.00	2	39	2.0
592	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase și parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	5.46	1	17	1.0
593	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase și parazitare fara CC	1.3231	6.80	2	23	1.0
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	8.44	2	27	2.0
595	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0.8254	6.34	2	19	2.0
596	18	M	T3021	Infectii postoperatorii și posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	8.88	2	30	1.0
597	18	M	T3022	Infectii postoperatorii și posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0.5545	6.20	2	19	0.0
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	5.27	2	13	1.0
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	4.73	2	14	3.5
600	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0.5734	5.46	2	15	3.0
601	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0.3087	4.52	2	12	1.0
602	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.96	2	16	2.0
603	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0.5608	5.55	2	15	1.0
604	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	-	-	-	-
606	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1.3168	16.23	3	57	1.0
608	19	M	U3031	Paranoia și tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.9280	12.47	3	43	3.0

609	19	M	U3032	Paranoia și tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	13.30	3	48	1.0
610	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	12.07	3	35	2.0
611	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1.4996	12.25	4	35	1.0
612	19	M	U3050	Alte tulburari afective și somatoforme	0.8695	10.17	2	34	1.0
613	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0.6553	8.08	2	29	1.0
614	19	M	U3070	Supralimentatie și tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	5.58	2	16	1.0
615	19	M	U3080	Tulburari de personalitate și reactii acute	0.8002	9.02	2	37	1.0
616	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	5.64	2	17	1.0
617	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool și sevraj cu CC	0.5545	8.99	2	36	1.0
618	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool și sevraj fara CC	0.2457	7.99	1	34	1.0
619	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase și sevraj	0.7309	10.86	1	57	1.0
620	20	M	V3031	Tulburare și dependenta datorita consumului de alcool	0.6805	9.41	2	37	2.0
621	20	M	V3032	Tulburare și dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare și dependenta datorita consumului de opioace	0.3843	9.96	1	46	1.5
623	20	M	V3042	Tulburare și dependenta datorita consumului de opioace, pacient plecat impotriva avizului medical	0.3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburari și dependente datorita consumului de droguri	0.3843	8.73	1	42	1.0
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	23.84	5	79	7.0
626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur și membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	18.13	5	48	2.0
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	12.69	4	33	3.0
628	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	16.02	3	60	2.0
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0.9766	1.11	1	3	1.0
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	6.15	1	23	3.0
631	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.8380	4.99	1	18	1.0
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1.8272	9.07	2	34	1.0
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0.7624	6.06	1	21	0.0
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	4.18	1	13	0.0

635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	5.72	1	19	1.0
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0.6553	3.86	1	13	1.0
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3.5158	13.99	2	61	1.0
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1.5437	11.38	1	57	0.0
639	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0.8506	6.73	2	21	2.0
640	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0.2772	5.55	2	18	1.0
641	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0.2268	4.34	1	14	1.0
642	21	M	X3020	Reactii alergice	0.2457	3.48	1	10	1.0
643	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0.5860	3.54	1	11	1.0
644	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substante varsta <60 fara CC	0.2457	2.21	1	5	1.0
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0.9577	5.29	1	18	1.0
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0.3906	6.45	1	23	1.0
647	21	M	X3051	Alta leziune, otravire și diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0.6490	7.15	1	28	1.0
648	21	M	X3052	Alta leziune, otravire și diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0.2268	5.15	1	18	1.0
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28.8695	25.40	2	145	4.0
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	26.23	4	96	1.0
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1.9469	18.12	2	91	0.0
652	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	10.32	2	41	1.0
653	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	9.69	2	36	1.0
654	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0.4347	6.09	1	21	1.0
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.2520	1.01	1	2	0.0
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	10.41	2	46	2.0
657	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1.0585	4.98	1	18	1.0

658	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0.4536	4.60	1	16	1.0
659	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	3.21	1	8	
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	7.28	2	26	1.0
661	23	M	Z3012	Reabilitare fara CC catastrofale sau severe	1.1341	4.72	1	16	1.0
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-	-	-
663	23	M	Z3020	Semne și simptome	0.4410	5.22	1	17	1.0
664	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0.1890	3.89	1	13	2.5
665	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	3.40	1	11	0.5
666	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0.4914	3.54	1	11	0.5
667	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	4.23	1	14	1.5
668	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.4410	4.30	1	13	6.5

NOTA:

1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi, pentru care nu se aplică limite ale duratelor de spitalizare
2. DMS și limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupa de diagnostice au fost calculate pe baza datelor raportate de spitalele din Anexa 23 A în perioada 01.01-31.12.2013
3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și validate în perioada 01.01-31.12. 2013 pentru o anumită grupa de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și terapie Intensivă – ATI.
4. M - categorie Medicală, C - categorie chirurgicală, A - Alte categorii

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externți (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Grouper: aplicație computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat)

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în același DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte diferite față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mici față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mari față de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conține un procent semnificativ de observații (de exemplu 95% din observații)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conține un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară și limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obține o limită inferioară (LINF) și o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în anexa 23 A).

Indice de echivalență - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcție de durata de spitalizare a cazului și limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

$$e = 1 \text{ pentru } LINF \leq DS \leq LSUP$$

$$e = DS/LINF \text{ pentru } DS < LINF$$

$$e = DS/LSUP \text{ pentru } DS > LSUP, e \text{ maxim} = 3$$

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observă că acest caz este un caz extrem mic ($DS < LINF$), deci $e = DS/LINF = 2/3$

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalență

$$CE = \sum (CR_i \times e_i)$$

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

$$K = \sum (CE_i \times VR_i) / \sum (CR_i \times VR_i)$$

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente

$$\text{Nr. CP} = \sum (VR_{DRGi} \times CR_{DRGi})$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate

Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național / nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

TCR = TCP x ICM

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

TCDRGi = TCP x VRDRGi

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CN = Cazuri normale

CEMC = Cazuri extreme mici

CEMR = Cazuri extreme mari

LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate

LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate

e = Indicele de echivalență

CE = Cazuri echivalente

K = Coeficientul cazurilor extreme

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz „

**TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE
SECȚIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ȘI DE
RECUPERARE, PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI
COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ȘI
NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV
PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/ compartimentului*)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2014 (lei)
1	Recuperare, medicină fizică și balneologie	1371	
2	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	1372	
3	Cronici	1061	
4	Distrofici - Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	
5	Pneumoftiziologie	1301	
6	Pneumoftiziologie copii	1302	
7	Pediatrie cronici	1282	
8	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1	
9	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222.2	
10	Psihiatrie cronici	1333.1	
11	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.2	
12	Recuperare medicală - cardiovasculară	1383	
13	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	1403	
14	Recuperare medicală - respiratorie	1413	
15	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	
16	Recuperare neuropsihomotorie	1423	
17	Recuperare medicală - neurologie	1393	
18	Recuperare medicală		
19	Geriatrică, gerontologie	1121	
20	Îngrijiri paliative	1061_PAL	

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

**TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE
ACUȚI NON DRG, RESPECTIV PENTRU
SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE
CRONICI ȘI DE RECUPERARE**

Nr. crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/ Compartimentului*)	Tarif mediu pe caz - maximal 2014 - lei -
1.	Medicale	Boli infecțioase	1011	
2.	Medicale	Boli infecțioase copii	1012	
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	
4.	Medicale	Cardiologie	1051	
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	1081	
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	1082	
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	
13.	Medicale	Hematologie	1131	
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	
15.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie	1151	
16.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie copii	1152	
17.	Medicale	Medicină internă	1171	
18.	Medicale	Nefrologie	1191	
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	
20.	Medicale	Neonatologie (nn și prematuri)	1202	
21.	Medicale	Neonatologie (nou născuți)	1212	
22.	Medicale	Neurologie	1231	
23.	Medicale	Neurologie pediatrică	1232	
24.	Medicale	Oncologie medicală	1241	
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	
26.	Medicale	Pediatrie	1252	
27.	Medicale	Pneumologie	1291	
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	
29.	Medicale	Psihiatrie acuți	1311	
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	

32.	Medicale	Psihiatrie (acuți și cronici)	1343	
33.	Medicale	Reumatologie	1433	
34.	Chirurgicale	Arși	2013	
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	2043	
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	
38.	Chirurgicale	Chirurgie și ortopedie pediatrică	2092	
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică și reparatorie	2113	
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracică	2123	
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculară	2133	
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	
45.	Chirurgicale	Obstetrică	2181	
46.	Chirurgicale	Obstetrică-ginecologie	2191	
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	
49.	Chirurgicale	Ortopedie și traumatologie	2211	
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrică	2212	
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-facială	6013	

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

**TARIFUL MAXIMAL PE CAZ REZOLVAT ÎN SPITALIZARE DE ZI -
PE SPECIALITĂȚI**

Nr. crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/Compartimentului*	Tarif maximal pe caz 2014- - lei -
0	1	2	3	4
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	
2.	Medicale	Boli infectioase copii	1012	
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	
4.	Medicale	Cardiologie	1051	
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	
13.	Medicale	Hematologie	1131	
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	
15.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	
16.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	
17.	Medicale	Medicina interna	1171	
18.	Medicale	Nefrologie	1191	
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	
20.	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	
21.	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	
22.	Medicale	Neurologie	1231	
23.	Medicale	Neurologie pediatria	1232	
24.	Medicale	Oncologie medicala	1241	
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	
26.	Medicale	Pediatrie	1252	
27.	Medicale	Pneumologie	1291	
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	
29.	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	
30.	Medicale	Psihiatrie pediatria	1312	
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	
32.	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	
33.	Medicale	Reumatologie	1433	
34.	Chirurgicale	Arsi	2013	
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	
37.	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	
38.	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatria	2092	
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatria	2102	
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	

44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	
45.	Chirurgicale	Obstetrica	2181	
46.	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	
49.	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatria	2212	
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) domiciliat/ă în localitatea, str., nr., bl., sc., et., ap., județul, telefon, actul de identitate seria, nr., CNP/cod unic de asigurare cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute mai jos:

() copii 0 - 18 ani (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - se completează de părinți/apartinători legali)

() tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

() bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse (conform art. 213¹ lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

() pensionari cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună (conform art. 213¹ lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

() femei însărcinate și lăuze - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii (conform art. 213¹ lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - pentru toate serviciile medicale)

() femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile (conform art. 213¹ lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

dovedită prin documentul/documentele,

Data

Semnătura

.....

.....

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENTĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**
3. Greutate Kg
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU -
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: | *) Se va aplica semnătura și parafa
medicului de specialitate radiologie și
imagistică medicală
| Precizări:
DA/NU
7. Dg. trimitere | Observații speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
8. Date clinice și paraclinice | 3. Antecedente alergice DA/NU
care să justifice explorarea RMN: | 4. Astm bronșic DA/NU
..... | 5. Crize epileptice DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
osteosinteză
Dacă DA Data Unde | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze
..... | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant Data: | metalelor (schițe, obiecte metalice)
Semnătura și parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schițe, gloanțe, obiecte metalice
.....
| Semnătura pacientului
Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității**):
(semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O
CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!!

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

B. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**
3. Greutate Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
..... | *) Se va aplica semnătura și parafa
..... | medicului de specialitate radiologie și
..... | imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode |
de diagnostic: DA/NU | Precizări:
7. Dg. trimitere |
..... |
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit
să justifice explorarea CT: |
..... |
..... |
..... |
..... |
9. Examen CT anterior: DA/NU |
10. Toleranță la substanța iodată: |
DA/NU |
Trimis de (spital, clinică) |
Medic solicitant Data: |
Semnătura și parafa medicului
solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENTĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat	
Organ/segment anatomic de examinat	
1. Pacient: Nume Prenume telefon	
2. Cod numeric personal/ cod unic de asigurare	
3. Greutate Kg	Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU	
Alte case	Data:
	Ora:
5. Internat DA/NU -	
Secția nr. FO	
6. S-au epuizat celelalte metode de	
diagnostic: DA/NU	Precizări*):
7. Dg. trimitere	
.....	
8. Date clinice și paraclinice care	Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	*) Sarcina reprezintă contraindicație
9. Examen scintigrafic anterior:	de efectuare a examenului scintigrafic
DA/NU	
10. Stări alergice*): DA/NU	Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică)	(acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data:	
Semnătura și parafa medicului	
Solicitant	

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat	
Organ/segment anatomic de examinat	
1. Pacient: Nume Prenume telefon	
2. Cod numeric personal/ cod unic de asigurare	
3. Greutate Kg	Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU	
Alte case	Data:
	Ora:
5. Internat DA/NU -	
Secția nr. FO	
6. S-au epuizat celelalte metode de	Precizări*):
diagnostic: DA/NU	
7. Dg. trimitere	
.....	
.....	Observații speciale legate de pacient:
8. Date clinice și paraclinice care	1) Pacient diabetic DA/NU
să justifice explorarea	- în tratament cu sulfamide
.....	hipoglicemiante DA/NU
.....	(dacă DA se oprește tratamentul cu 48
.....	de ore înaintea investigației)
.....	2) Hepatita DA/NU
.....	Diagnostic angiografic stabilit
.....	
.....	
.....	
.....	
9. Examen angiografic anterior:	
DA/NU	
10. Puls: - arteră femurală dreaptă	*) - Pacientul se va prezenta
.....	obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă	efectuate: activitatea protrombinică
.....	și timpul de protrombină determinate
.....	în ziua efectuării investigației,
.....	creatinină, uree, ECG, tensiune
.....	arterială, antigen HbS, test HIV
.....	- Administrarea anticoagulantelor
.....	cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore
10. Stări alergice*): DA/NU	înaintea investigației; medicația
- la substanța de contrast	antihipertensivă și antiaritmică NU
- alte alergii	se oprește;
.....	Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică)	(acolo unde este necesară confirmarea)
.....	
Medic solicitant Data:	
Semnătura și parafa medicului	
solicitant	
.....	
Aviz șef secție solicitantă cu	
asumarea responsabilității*):	
(semnătura și parafa)	

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE PE SECȚII/COMPARTIMENTE

Nr. crt.	Cod secție	Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile) - SNSPMPDSB
1	1011	Boli infecțioase	7
2	1012	Boli infecțioase copii	6
3	1023	HIV/SIDA	7
4	1033	Boli parazitare	5
5	1041	Boli profesionale	10
6	1051	Cardiologie	7
7	1052	Cardiologie copii	6
8	1061	Cronici	12
9	1071	Dermatovenerologie	7
10	1072	Dermatovenerologie copii	7
11	1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
12	1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	5
13	1093	Dializă peritoneală	9
14	1101	Endocrinologie	5
15	1102	Endocrinologie copii	5
16	1111	Gastroenterologie	6
17	1121	Geriatrică și gerontologie	12
18	1131	Hematologie clinică	6
19	1132	Hematologie copii	6
20	1141	Hemodializă	3
21	1151	Imunologie clinică și alergologie	6
22	1152	Imunologie clinică și alergologie copii	6
23	1163	Medicină generală	7
24	1171	Medicină internă	8
25	1191	Nefrologie	7
26	1192	Nefrologie copii	6
27	1202	Neonatologie (nou-născuți și prematuri)	5
28	1212	Neonatologie (nou-născuți)	5
29	1222	Neonatologie (prematuri)*)	17
30	1231	Neurologie	8
31	1232	Neurologie pediatrică	7
32	1241	Oncologie medicală	5
33	1242	Oncopediatrică	7
34	1252	Pediatrică	6
35	1262	Pediatrică (pediatrică și recuperare pediatrică)	5

36	1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)	28
37	1282	Pediatrie cronici	13
38	1291	Pneumologie	10
39	1292	Pneumologie copii	11
40	1301	Pneumoftiziologie**)	37
41	1302	Pneumoftiziologie pediatrică**)	32
42	1311	Psihiatrie acuți	14
43	1312	Psihiatrie pediatrică	8
44	1321	Psihiatrie (nevroze)	16
45	1333	Psihiatrie cronici	49
46	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	14
47	1353	Toxicomanie	13
48	1363	Radioterapie	12
49	1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
50	1433	Reumatologie	9
51	1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	6
52	1463	Toxicologie	4
53	1473	Secții sanatoriale	60
54	2013	Arși	13
55	2023	Anestezie și terapie intensivă - ATI	4
56	2033	Chirurgie cardiovasculară	9
57	2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	9
58	2051	Chirurgie generală	7
59	2063	Chirurgie laparoscopică	6
60	2073	Chirurgie artroscopică	5
61	2083	Chirurgie oncologică	8
62	2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	5
63	2102	Chirurgie pediatrică	6
64	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	6
65	2123	Chirurgie toracică	10
66	2133	Chirurgie vasculară	9
67	2141	Ginecologie	4
68	2151	Gineco-oncologie	5
69	2173	Neurochirurgie	7
70	2181	Obstetrică	4
71	2191	Obstetrică-ginecologie	4
72	2201	Oftalmologie	4
73	2202	Oftalmologie copii	6
74	2211	Ortopedie și traumatologie	6
75	2212	Ortopedie pediatrică	6

76	2221	Otorinolaringologie (ORL)	6
77	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	4
78	2241	Sterilitate - infertilitate	3
79	2263	TBC osteoarticular	29
80	2301	Urologie	7
81	2302	Urologie pediatrică	7
82	6013	Chirurgie maxilofacială	5
83	1272.1	Recuperare pediatrică distrofici	60

NOTA I:

1. Pentru secția recuperare neurologie adulți "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniței" din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

2 La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 49 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică și balneologie este de 21 de zile.

3. Pentru secțiile recuperare cardiovasculară adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

4. Pentru secțiile de geriatrie și gerontologie din structura Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana Aslan" durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

I. Contul de execuție a bugetului instituției publice - Cheltuieli la data de

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - anuale
- B - trimestriale
- C - bugetare
- D - legale
- E - totale
- F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificația bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăți efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizații de conducere	10,01,03						
Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanță	10,01,09						
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10,01,12						
Indemnizații de delegare	10,01,13						
Indemnizații de detașare	10,01,14						
Alocații pentru locuințe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuții	10,03						
Contribuții de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuții de asigurări de șomaj	10,03,02						
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10,03,04						

Contribuții pentru concedii și indemnizații	10,03,06						
Contribuții la Fondul de garantare a creanțelor salariale	10,03,07						
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII total,	20						
Bunuri și servicii	20,01						
Furnituri de birou	20,01,01						
Materiale pentru curățenie	20,01,02						
Încălzit, iluminat și forță motrică	20,01,03						
Apă, canal și salubritate	20,01,04						
Carburanți și lubrifianti	20,01,05						
Piese de schimb	20,01,06						
Transport	20,01,07						
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20,01,08						
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20,01,09						
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20,01,30						
Reparații curente	20,02						
Medicamente și materiale sanitare	20,04						
Hrană	20,03						
Hrană pentru oameni	20,03,01						
Hrană pentru animale	20,03,02						
Medicamente	20,04,01						
Materiale sanitare	20,04,02						
Reactivi	20,04,03						
Dezinfectanți	20,04,04						
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05						
Alte obiecte de inventar	20,05,30						
Deplasări, detașări, transferări	20,06						
Deplasări interne, detașări, transferări	20,06,01						
Deplasări în străinătate	20,06,02						
Materiale de laborator	20,09						

Cărți, publicații și materiale documentare	20,11						
Consultanță și expertiză	20,12						
Pregătire profesională	20,13						
Protecția muncii	20,14						
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24						
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20,25						
Alte cheltuieli	20,3						
Protocol și reprezentare	20,30,02						
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20,30,30						
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE total,	51						
din care:							
Acțiuni de sănătate	51,01,03						
Programe pentru sănătate	51,01,25						
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51,01,38						
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51,01,08						
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51,02,11						
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51,02,12						

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitalicești realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale	

paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanțate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de spitalizare de zi contractat*)	

NOTĂ: *) Tarifele menționate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitalicești

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, reprezentată prin președinte - director general,

Și

Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax e-mail, reprezentată prin,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

III. Servicii medicale spitalicești

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Beneficiază de internare fără bilet de internare.

- nașterea,
- urgențele medico-chirurgicale
- bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament,
- internările bolnavilor aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital
- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordată de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc.

- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

- situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

- monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA

- administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

a) consultații;

b) investigații;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;

e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr..../2014.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr..../2014, 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 condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr..../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de

asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională 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 și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea ~~serisă~~, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația 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 asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. .../2014;

j) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești 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 desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. .../2014;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.../2014.

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

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr.../2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.../2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate 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 și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.../2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope să furnizeze tratamentul cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

- m) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;
- n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr...../2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;
- r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în H.G. nr...../2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online> dacă persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării.
- s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;
- ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- ț) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a cărei cuantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;
- w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică la externare pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

x) să recomande asiguraților tratamentul cu respectarea condițiilor privind modalitățile 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 își desfășoară 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 ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire 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 la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația 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 secție 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 ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

ac) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce privește 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 urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

af) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

ag) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

ai) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

aj) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

al) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicesc.

am) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile 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/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aq) unitățile sanitare private cu paturi sunt obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi la care transferă cazuri costurile efectiv realizate de acestea pentru cazurile transferate către aceste unități, în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; unitățile sanitare publice cu paturi sunt obligate să plătească unităților sanitare private cu paturi la care transferă cazuri costurile efectiv realizate de acestea pentru cazurile transferate către aceste unități, în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii;

ar) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

as) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

aș) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

at) să elibereze pentru asigurații internați 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, ~~pentru~~ cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate și ~~pentru~~ cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea

Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr..../2014; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014: lei

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri

- prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externe	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabilește astfel:

Număr paturi contractabile x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat și este de lei.

Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizor și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secția/compartimentul de paliative din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014.

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014 precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a

spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici și de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014: lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri/cazuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 30% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condițiilor prevăzute în anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgență, și neinternate prin spitalizare continuă, precum și pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din cadrul spitalului se stabilește prin înmulțirea numărului de cazuri cu tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Aceste sume se evidențiază distinct în prezentul contract.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2014 este de lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2014 se defalcchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei
 - luna VIII lei
 - luna IX lei
 - Suma aferentă trimestrului IV lei,
- din care:
- luna X lei
 - luna XI lei
 - luna XII lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de, 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la Capitolul II litera F punctul 3 din Anexa 1 la H.G. nr. /2014 și în condițiile 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 unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) – ae), ag) – al), aq) – at) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzută la art. 6 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea 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) reținerea 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 față de procentul prevăzut la lit. a).

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond, aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulat de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(5) Reținerea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești 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 situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director general, Manager,

.....

Director executiv al

Direcției economice,

Director medical,

.....

Director executiv al

Direcției Relații Contractuale Director financiar-contabil,

.....
Vizat
Juridic, Contencios

.....
Director de îngrijiri,
.....

.....
Director de cercetare-dezvoltare,

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr.,
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare,
- contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr.,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.,
- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului,
- lista afecțiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi și impun internarea în regim de spitalizare continuă prezentată de fiecare furnizor în format electronic și pe suport de hârtie;
- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale - DCI - și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, pentru afecțiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităților din structură,
- lista investigațiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor și impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentată de fiecare furnizor în format electronic și pe suport hârtie;
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,
- documente 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, conform anexei nr. 22 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014,
- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014,
- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari,
- declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică protocoalele de practică medicală, elaborate conform prevederilor legale în vigoare,
- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru

bolnavi cu afecțiuni cronice și penitenciarelor - spital; pentru spitalele de specialitate și pentru penitenciarele – spital - documentul privind dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale;

- declarație pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 87 alin. (2) din H.G. nr..../2014

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor.

- declarație autentică din partea unităților sanitare publice și private cu paturi prin reprezentantul lor legal referitoare la asumarea obligațiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către acestea pentru cazurile transferate din public în privat și din privat în public, fie direct, fie prin intermediul unei asigurări

- documentul prin care se face dovada că spitalul a fost acreditat/a solicitat acreditarea în condițiile legii

- declarație pe proprie răspundere a managerului spitalului că aplică criteriile de internare pentru lista de afecțiuni prezentată la contractare, precum și că asigură managementul listei de așteptare pentru internările programabile, conform nivelului de competență al spitalului.

- declarație pe proprie răspundere a managerului spitalului privind estimarea procentelor serviciilor medicale corespunzătoare spitalizărilor continue evitabile care se transferă pentru tratament în ambulatoriu/spitalizare de zi.

- decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraților, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situațiile prevăzute la art. 98 din HG nr...../2014

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

Pentru serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde- prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanenta sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență 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 și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2 Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență 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 și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări cașectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.4 Transportul de la și 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 adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ce pot

fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență 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 și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2 Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3 Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul 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 și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări cașectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.5 Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.6 Transportul la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare cu avizul prealabil al unității de recuperare - reabilitare confirmat la internare pe fisa de transport, al copiilor nedeplasabili cu vârsta între 0-18 ani cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior.

2.7 Transportul dus – întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B. pct. 1 și pct. 2, subpunctele 2.1 și 2.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B. din prezenta anexă.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. B. punctul 1 și punctul 2 subpunctele 2.1 și 2.2 sau lit. B. din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

D. TARIFUL MAXIMAL DECONTAT UNITĂȚILOR SPECIALIZATE PRIVATE DE CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1. Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de lei.

2. Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban este:

- pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu de..... lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și A2 de.....lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat de.....lei.

3. Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este delei.

4. Tarifele de la punctele 2 și 3 se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

MODALITATEA DE PLATĂ

a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

ART. 1 Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale cuprinse în anexa nr. 27 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 2 Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

1. pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 alin. (2), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3). La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu.

Tariful pe milă marină minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (2) lit. b) și/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat conform condițiilor inițiale de contractare.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultații de urgență la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în

condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar. Pentru unitățile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban / rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban / rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban/ rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din Anexa 27 și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 din anexa nr. 27, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile

efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenție destinate consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

a) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;

d) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu este de..... lei pentru unități specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs, respectiv km efectiv realizat pentru autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu este de..... lei, pentru transportul sanitar neasistat: cu ambulanțe tip A1 și A2 tariful este de..... lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat este de lei.

(3) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) și (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu pentru unitățile specializate private

1. Statul de personal.

2. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2014 pe elemente de cheltuieli

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	

Transport	20.01.07	
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-socială	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	

Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	
---	----------	--

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii.

CONTRACT

de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr., județul/sectorul, telefon fax reprezentată prin
președinte - director general,

și

Unitatea specializată privată reprezentată prin:,
cu sediul în, str. nr., telefon fix/mobil, e-mail:
..... fax,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

III. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat furnizate

ART. 2 Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr./2014

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze unităților medicale specializate, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și de documentele justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, 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 consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casa de asigurări de sănătate, precum și la

eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr..../2014, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.

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

ART. 6 Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și 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 consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform H.G. nr..../2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, 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 și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate.

g) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

l) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și 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 funcțiune;

n) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

o) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

p) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților 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 își desfășoară activitatea la furnizor.

r) să asigure consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenție și transport și echipamentul corespunzător situației respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

ș) 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;

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

a) pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor

medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport - cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport - și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban / rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2) din anexa 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3) din anexa 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 . La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe milă marină minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la alin. (2) lit. b) și/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar conform condițiilor inițiale de contractare.

(2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a activităților de transport neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora - dar nu mai mult de 21% față de cel contractat - numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la

domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată - dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate - cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 subpct. 2.1 și 2.2 și la litera B pct. 2 subpct. 2.1 și 2.2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat pentru anul 2014 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 9 (1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea serviciilor aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) Plata consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la art. 6 atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reținerea 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 reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea de contract lunară

(3) Reținerea sumelor potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea și rezilierea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități 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 situații:

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 își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1).

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 18

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) și la art. 16 lit. a) subpunctele a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității specializate private declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional, semnat de ambele părți, și este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției economice,
.....
Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR
Reprezentant legal,
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară nr.

.....,

- Autorizația de funcționare emisă de direcția de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.....,

- Dovada de evaluare nr. valabilă la data încheierii contractului,

- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare,

- Contul nr. deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. deschis la Banca

.....,

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. pentru personalul medico-sanitar

- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală efectuată conform prevederilor legale în vigoare, și care trebuie prezentat casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.

.....,

- Structura organizatorică avizată, după caz, de Ministerul Sănătății,

- Lista personalului angajat:

Medici:

1) Nume Prenume

Cod numeric personal

Specialitatea

Codul de parafă al medicului

Program de lucru

2)

Asistenți medicali

1) Nume Prenume

Cod numeric personal

Program de lucru

2)

Alte categorii de personal:

1) Nume Prenume

Cod numeric personal

Program de lucru

2)

- Lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenție din dotare:

Ambulanțe tip A1:

1) Model/Număr de înmatriculare

2)

Ambulanțe tip A2:

1) Model/Număr de înmatriculare

2)

Autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu:

1) Model/Număr de înmatriculare

2)

Autovehicule destinate transportului sanitar neasistat:

1) Model/Număr de înmatriculare

2)

Mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau

secundare/transporturi sanitare.

1) Model/Număr de înmatriculare

2)

- Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural

.....

- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanțelor după caz emise conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ
PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA
DOMICILIU**

**A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA
DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU**

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijire paliativă la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun *****)
	*****) recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametri prevăzuți, respectiv temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1 intramuscular*)
	2.2 subcutanat*)
	2.3.intradermic*)
	2.4 oral
	2.5 pe mucoase
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
3.	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) *****)
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană. *****) se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
4.	Sondaj vezical și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală ***)
	*****) la barbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenosă sub supravegherea medicului*) *****)
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană. *****) se efectuează de către medicul care își desfășoară 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 și educarea asiguratului/apartinătorilor
8.	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție
9.	Clismă cu scop evacuator
10.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
12.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de drenaj bronșic, 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 și instruirea asiguratului

20.	Monitorizarea dializei peritoneale
21.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar
22.	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
	***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.
23.	Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică
24.	Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale și recomandarea dietei și modul de administrare, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical
25.	Masaj limfedem și contenție elastică
26.	Masaj limfedem cu pompa de compresie
27.	Montare TENS
28.	Analgezie prin blocaje nervi periferici
29.	Administrare medicație prin nebulizare
30.	Aspirație gastrică
31.	Aspirație căi respiratorii
32.	Paracenteză

NOTA 1: Serviciile de la punctele 1 -32 se acordă de furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

NOTA 2: Serviciile de la punctele 1 -22 se acordă de furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.

NOTA 3: Serviciile de la punctele 25, 26 și 28 - 32 se pot acorda și de furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu dacă la furnizor își desfășoară activitatea într-o formă legală, medic/medici cu grad profesional specialist și au în curricula de pregătire competența necesară efectuării acestor servicii.

NOTA 4: Serviciile de la punctele 23 și 25 -32 se acordă de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

NOTA 5: Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin anexa nr. 31 la ordin. Numărul total de zile de îngrijire care se acordă unui asigurat este de maxim 90 de zile.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/ CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/~~Elveția~~ Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la lit. A. din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la lit. A. din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

CONDIȚIILE**acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu și modalitățile de plată ale acestora**

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa 31 C la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative, sot/sotie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

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.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultații și fișa de observație a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesității efectuării îngrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 50 lei, pentru îngrijirile acordate bolnavilor cu status de performanță ECOG 4; tariful pentru o zi de îngrijire acordat bolnavilor cu status de performanță ECOG 3 este de 45 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate și efectuate minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate și efectuate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative și asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice și cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață și cu status de performanță ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanță ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialități oncologie și boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 31 D la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmește după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de

necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 60 lei pentru îngrijirile acordate bolnavilor cu status de performanță ECOG 4; tariful pentru o zi de îngrijire acordată bolnavilor cu status de performanță ECOG 3 este de 55 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt cuprinse în cadrul planului de îngrijire și efectuate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire și efectuate / număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative și asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 B.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcție de necesitățile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (3), cu excepția situației în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului, situație în care se suspendă episodul de îngrijiri paliative fără a fi necesară reluarea procedurii de aprobare de către casa de asigurări de sănătate.

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în 3 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. Un exemplar, împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, se depune de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită legal în acest sens sau de reprezentantul legal al asiguratului la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi

predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fică), o persoană împuternicită legal în acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primită, în maximum două zile lucrătoare de la data depunerii, și este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanță ECOG al asiguratului și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fică), persoanei împuternicite legal în acest sens sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fică), o persoană împuternicită legal în acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fică), a persoanei împuternicite legal de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de desfășurătorul serviciilor efectuate în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2).

(5) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(6) În situația în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asigurații au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise, începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2).

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 31 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare, actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv medicul de familie/medicul de specialitate din spital, dr., din unitatea sanitară, statusul de performanță ECOG al asiguratului, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. /data

DECIDE

ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....
.....
pentru zile, cu tariful pe o zi de îngrijire de lei, pentru zile cu tariful pe o zi de îngrijire de lei, pentru numitul cu diagnosticul de

ART. 2 Tariful/tarifele pe o zi de îngrijire prevăzut/prevăzute la art. 1 este/sunt suportat/suportate de către Casa de Asigurări de Sănătate.

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 10 zile lucrătoare de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Președinte - Director General,

Viza CFP

Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA
DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAȚI ÎN RELAȚIE
CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu C.U.I.
 Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
 Numele și prenumele asiguratului
 CNP/cod unic de asigurare al asiguratului
 Diagnostic medical
 Diagnostic boli asociate

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data efectuării serviciilor

B - Nume prenume evaluator

C - Semnătura evaluator

Evaluare inițială			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator (*)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							
Reevaluare			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator (*)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a HG nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Domiciliul

3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....
(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

5. statusul de performanță ECOG*)

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 30 periodicitate/ritmicitate la ordin*1))

- a)
b)
c)
d)

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**)

.....

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se
externează asiguratul și
semnătura șefului de secție

Data
Semnătura și parafa medicului
care a avut în îngrijire
asiguratul internat

.....

Ștampila furnizorului de servicii
medicale din ambulatoriul de
specialitate/asistență medicală primară

Data
Semnătura și parafa medicului din
ambulatoriul de specialitate/medicului
de familie

.....

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare);

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri.

*1) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a HG nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015;

Nota:

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Domiciliul

3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....
(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

5. statusul de performanță ECOG*)

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 30 la ordin*1))

a)

b)

c)

d)

.....

.....

.....

.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)

.....

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se
externează asiguratul și
semnătura șefului de secție

Data

Semnătura și parafa medicului
care a avut în îngrijire
asiguratul internat

.....

Ștampila furnizorului de servicii
medicale din ambulatoriul de
specialitate

Data

Semnătura și parafa medicului din
ambulatoriul de specialitate

.....

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viață pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

*1) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a HG nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, reprezentată prin președinte - director general

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin:

Persoana fizică/juridică având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr./2014.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate, pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr.../2014 furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională 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 și îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; ; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

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 asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr..../2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr..../2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența 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 și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții 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 asiguraților fără nicio discriminare;

k) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și 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 funcțiune;

m) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

n) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 își desfășoară 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 pentru serviciile prevăzute în recomandare;

r) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu, conform recomandărilor medicilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014. Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa 31 C /31 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu se face în

concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative, sot/sotie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

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..

În cazul nerespectării acestei prevederi contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și 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 inițiativă schema de îngrijire recomandată, pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

ș) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

t) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

ț) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014;

u) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin anexa 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

v) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

w) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu, pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 50 lei, pentru îngrijirile acordate bolnavilor cu status de performanță ECOG 4; tariful pentru o zi de îngrijire acordat bolnavilor cu status de performanță ECOG 3 este de 45 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare

pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate și efectuate minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate și efectuate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape - episoade de îngrijire. Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 60 lei pentru îngrijirile acordate bolnavilor cu status de performanță ECOG 4; tariful pentru o zi de îngrijire acordată bolnavilor cu status de performanță ECOG 3 este de 55 lei..

În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate și efectuate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire și efectuate / nr. minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 . În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(7) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2) din anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014

(8) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(9) În situația în care, la data intrării în vigoare a Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 , asigurații au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise se vor lua în calcul prevederile de la art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2) din anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 , ținându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu.

(10) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și 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 situații:

- a) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității 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 însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu și de documentele justificative privind activitățile 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 dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 sancțiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație
- h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), r), s) și u);

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - o), ș), t), v) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris,
- b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(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 Naționale 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 situații.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și alin (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și alin (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și alin (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea 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 condițiile art. 17 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 17 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 situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 118 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr.../2014 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. p), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității 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 obligației de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile 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.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XII. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemple a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE
LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE
LA DOMICILIU

Președinte - director general,

Reprezentant legal,

.....
Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului;
- Cont nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, Cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal, după caz;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului nr.;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract și funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.;
- Copie după actul constitutiv;
- Împuternicire legalizată nr. pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.

- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic
- Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului
- copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali
- programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi ore profesia

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ
ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ȘI RECUPERARE ÎN
SANATORII ȘI PREVENTORII**

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

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

1.1 Servicii medicale de reabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

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

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare mai mari de 21 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 4 de zile.

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 și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală sunt:

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

1.2 Servicii medicale de recuperare acordate în sanatorii altele decât balneare și preventorii

1.2.1 Serviciile medicale de recuperare acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

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 și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ
în asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare în sanatorii și preventorii

ART. 1 (1) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

c) rata medie de utilizare a paturilor la nivel național și în conformitate cu planul de paturi la nivel județean, stabilite prin ordin al ministrului sănătății; rata medie de utilizare a paturilor la nivel național luată în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național;

e) durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă de spitalizare se va lua în calcul durata optimă dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă de spitalizare.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2013.

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală și recuperare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitalicești pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)

- | | |
|---|-------|
| 1. Sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale | |
| 2. Sanatorii altele decât cele balneare | |
| 3. Preventorii | |

NOTĂ:

Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2013 + 15%. Pentru furnizorii care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2013, tariful maximal se diminuează cu 20%.

Pentru sanatoriile balneare/sectiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

(3) Contribuția personală a asiguraților pentru asistență balneară în sanatorii balneare/sectii sanatoriale balneare din spitale reprezintă 35% din tariful/zi de spitalizare negociat,

(4) Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepții:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile care au fost acordate în unități sanitare de stat.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Administrației și Internelor și Ministerului Apărării Naționale.

(5) Pentru serviciile medicale de recuperare, acordate în sanatorii altele decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de de reabilitare medicala si recuperare, efectuate în sanatorii/sectiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare, efectuate în sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de reabilitare medicala si recuperare în unități sanitare cu paturi.

ART. 3 Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

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

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile și preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate

- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/sectiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv,

- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Medicii care își desfășoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital - cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și balneologie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie a sănătății, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare medicală și recuperare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 10 Furnizorii de servicii medicale de recuperare medicală și recuperare, (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare în sanatorii și preventorii

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, reprezentată prin președinte - director general

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fix/mobil, e-mail fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală și recuperare acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de reabilitare medicală și recuperare în sanatorii și preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică și balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr./2014-

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, 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 condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției 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 și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 H.G. nr.../2014 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor 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 Națională 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 Națională 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 și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația 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 asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014;

j) să țină evidența evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

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;

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și 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 însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr...../2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../20, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, 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 și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr./2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

p) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

q) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

r) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

s) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

ș) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

t) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele serviciile medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ț) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică la externare pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

u) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile 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 își desfășoară 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 ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația 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 privește 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 secție 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 ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

ab) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ac) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile 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/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ae) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ad), toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și de tariful/zi de spitalizare negociat diferențiat pe tipuri de sanatorii. Valoarea contractată în sumă de lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x 35%	6 = 4 - 5
Servicii de reabilitare medicală					

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secțiile sanatoriale din spitale și preventorii este delei și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat de.....lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie contractate stabilită pentru anul 2014 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,
- din care:
- luna I lei
- luna II lei
- luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,
- din care:
- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(4) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de, 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea și decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 6 lit. a) – u) și w) - ac), atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea 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 obligației prevăzute la art. 6 lit. ae) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligațiilor de la art. 6 lit. ae) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat

în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(4) Reținerea sumelor potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare, medicină fizică și balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 16 (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 situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - director general,

Reprezentant legal,

Director executiv al Direcției economice,

Director executiv al Direcției Relații contractuale,

Vizat

Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală și recuperare - pentru sanatorii și preventorii - nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare - pentru sanatorii și preventorii -, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,

- actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr.,

- dovada de evaluare nr. /, valabilă la data încheierii contractului,

- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr.,

- cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului,

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,
- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare,
- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 22 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014,

- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014

- declarația pe propria răspundere a managerului unității sanitare cu paturi că folosește protocoalele, elaborate și aprobate conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

**MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE
a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu**

Art. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și a celor off-line, pe medic prescriptor, și vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora.

(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), factura și borderoul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat inclusiv de către asigurat/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia. În cazul eliberării medicamentelor prescrise de mai mult de o farmacie, prescripția medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de

asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o atașează la factura și borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia își poate păstra pentru evidența proprie o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o atașează, alături de un exemplar al prescripției (componenta prescriere) depuse de asigurat, la factura și borderoul centralizator care se înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(6) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru 3 - 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru 3 - 7 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru 3 – 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale – Direcția Generală Protecția Persoanelor cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru 3 - 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru 3 - 7 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale – Direcția Generală Protecția Persoanelor cu Handicap cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 41 la ordin.

Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(8) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național

unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor Titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(9) Pentru a beneficia de medicamente conform art.144 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr...../2013 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

În situația în care la nivelul cabinetului medical nu există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fișa pacientului / în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripție eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor;

În situația în care la nivelul cabinetului medical există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau sunt consemnate în fișa pacientului / în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripția eliberată de medic, dar se dovedește că declarația dată pe propria răspundere dată de către pensionar nu este conformă realității, răspunderea nu revine medicului prescriptor ci asiguratului (pensionarului).

Art. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3 - 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici **de specialitate** aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație 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 și asiguratul beneficiar al prescripției medicale, și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare.

Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(4) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(5) Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

Art. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr..... Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

Art. 4 (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate / în prescripția cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice / prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

Art. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmise de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale sunt obligați să prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație, luându-se în considerare medicația prescrisă anterior și în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare, dacă se impune eliberarea unei prescripții medicale.

(3) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere efectele secundare sau ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI și pentru care medicul prescriptor a întocmit fișă de farmacovigilență pe care a înaintat-o Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

Art. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

Art. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente

respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, seria și numărul actului de identitate, codul numeric personal (CNP)/codul unic de asigurare/numărul cardului european/numărul pașaportului corespunzătoare acestuia și data eliberării medicamentelor.

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acestuia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescripție a medicamentelor la care renunță, și care se depune de farmacie la casa de asigurări de sănătate. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță, și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar (componenta eliberare) cu DCI/medicamentele eliberate care va fi înmănat asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție – componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 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 să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta și pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

Art. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

Art. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

Art. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții medicale în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului sau codul unic de asigurare, numărul cardului european și țara, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv numărul pașaportului, țara și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor/documentelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular/document european).

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la 144 alin. (3) anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr./2014, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și pentru sumele decontate pentru prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european).

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate după caz, cu evidențierea distinctă a sumei corespunzătoare procentului de 40% pentru prescripțiile de care beneficiază pensionarii cu venituri de până la 700 de lei/lună suportate din bugetul Ministerului Sănătății prin transfer către bugetul fondului.

Art. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Art. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestuia.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

Art. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

Art. 14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală.

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată.

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - Secțiunile C1 și C3;

d) Pentru situațiile prevăzute la lit. a) - c) se au în vedere prevederile art.144 alin. (5) - (8) din Anexa 2 la H.G. nr...../2014

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

Art. 15 Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

Art. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, grupă de boală cronică pentru care există DCI-uri pentru care este necesară aprobarea comisiilor constituite la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcției de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;

- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică;

- un medic reprezentant al direcției de sănătate publică;

- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;

- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabilește criteriile de includere/excludere în/din tratament și aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de așteptare (unde nu există protocoale la nivel național) și punerea în aplicare a acestora în activitatea desfășurată;

- pentru bolile la care există protocoale la nivel național prin care se aplică criterii de prioritizare întocmește listele de așteptare, dacă este cazul;

- aprobă/respinge referatul întocmit de medicul curant prin care acesta recomandă tratamentul cu un medicament ce necesită aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, conform criteriilor de includere/excludere în/din tratament. O copie a referatului aprobat/deciziei de aprobare emisă de către comisiile județene sau comisiile de la nivelul CNAS se va atașa la prescripția medicală care însoțește factura și borderoul centralizator depuse la casa de asigurări de sănătate.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;

- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

Art. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2014 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, 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 maxim 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.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la alin. (2).

Art. 18 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT

de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

- Societatea comercială farmaceutică, reprezentată prin
 - Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin,
 având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax e-mail, și punctul în comuna, str. nr.,

II. Obiectul contractului:

Art. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

Art. 2 Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și a reglementărilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014.

Art. 3 Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății comerciale:

1. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist
2. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist
3. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist

NOTĂ:

Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Art. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

Art. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr./2014.

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate atenționează medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora și încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute 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 și fără contribuție personală, la termenele prevăzute în Anexa 2 la H.G. nr.../2014, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. /2014 ;

e) să urmărească lunar, în cadrul aceleiași DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preț pe unitate terapeutică/preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de referință, și total consum medicamente; să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, 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 H.G. nr.../2014 , cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 Națională 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 Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi; să publice și să actualizeze în timp real, pe site – ul casei de asigurări de sănătate, numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

Art. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 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 să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu: factură, borderou centralizator, prescripții medicale cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestuia pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în

vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat și cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării Generale Naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului deontologic al farmacistului, în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate, în situațiile prevăzute în la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014;

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off – line și pentru prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție 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 condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu

amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum și situația substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014, privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 143 lit. c) Anexa 2 la H.G. nr. .../2014

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune;

y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacie/oficine, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

z) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, 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 și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României și raporteze

lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract sau prin alte puncte de desfacere medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract.

VI. Modalități de plată:

Art. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestora. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr./2014, pentru care se completează prescripții distincte.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv țara, numărul pașaportului și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor/documentelor europene.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Art. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Art. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și 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 situații

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – f), h), j) - x) și z) – ab) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare avertisment;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10 % a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2014 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, 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 maxim 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.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 12 Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului.

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului:

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție 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 situații:

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 își 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 autorizației de funcționare;

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 înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași clinică locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții 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. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzută la art. 7 lit. ac)

(2) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ț), v) și ac) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

- a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 - b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;
 - c) acordul de voință al părților;
 - d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului;
 - e) denunțarea 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 condițiile art. 18 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.
- (2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.
- (3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.
- (4) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.
- (5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.
- (6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, nominalizate în contract, prevederile alin. (3), (4) și (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 140 alin. (1) lit. a) - d) din Anexa 2 la H.G. nr./2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y), cu condiția 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 valabilității/revocării acestuia;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității 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 contribuției 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 aceștia își achită obligațiile 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 condițiile de suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

Art. 19. În situația în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de

sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

Art. 20 (1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 și lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența:

Art. 21 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul farmaciei declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

Art. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

Art. 23 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 24. Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor:

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției economice,
.....
Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

FURNIZOR DE MEDICAMENTE ȘI
MATERIALE SANITARE
Reprezentant legal,
.....

.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,
- certificat de înmatriculare la Registrul comerțului nr. sau actul de înființare,
- contul nr. deschis la Trezoreria Statului/bancă;
- cod unic de înregistrare nr.,
- dovada de evaluare a farmaciei nr. valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - (farmaciștii și asistenții de farmacie) - care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului nr.
- dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- program de lucru atât pentru farmacii cât și pentru oficiile locale de distribuție,
- lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor și durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi și număr ore/săptămână),
- Autorizația de funcționare nr., eliberată de Ministerul Sănătății
- Certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România, avizat anual, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate.
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului
- Certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică - eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România - filiala județeană

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE
MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU
FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU**

**A. PACHET DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE
RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN
AMBULATORIU**

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN 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 2 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. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)
2	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/ lună

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

**) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

2.1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2.2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

3. Dispozitive pentru incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăți)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)
4	Cateter urinar**)		1 set*)/lună (120 bucăți)
5	Banda incontinență urinară		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

**) se recomandă numai pentru incontinență urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, urologie și oncologie

4. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC b) CHOPART c) PIROGOFF	2 ani 2 ani 2 ani
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani

3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) geriatrică	2 ani
		c) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulația 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 șold	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	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 și 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 același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

5. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională	2 ani
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani

		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani
		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani

7	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională 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 același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

6. Orteze

6. 1 pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN 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 trei puncte ptr. 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	TERMEN 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 același 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	TERMEN 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 șold		12 luni
6	Orteze șold - genunchi		12 luni
7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători 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) și 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. * se poate 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 același tip (stânga-dreapta), cu excepția 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. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități 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) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputații de metatars și 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) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni

		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputații de metatars și 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 încălțăminte 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 ghetă sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

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

9. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)	concentrator de oxigen	

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:

1. oxigenoterapie de lungă durată – durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi

Indicații:

- a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă în repaos:

a.1 BPOC - cu una din condițiile:

- $\text{PaO}_2 < 55$ mmHG (sau $\text{Sat O}_2 \leq 88\%$), măsurată la distanță de un episod acut
- PaO_2 55-59 mmHG (sau $\text{Sat O}_2 < 90\%$) măsurată la distanță de un episod acut,

și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie ($\text{Ht} > 55\%$)

- VEMS postbronhodilatator $< 50\%$ din valoarea predictibilă

a.2 alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, cu una din condițiile:

- pentru sindromul obstructiv $\text{PaO}_2 < 60$ mmHG (sau $\text{sat O}_2 < 90\%$) și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie ($\text{Ht} > 55\%$)

- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonară totală $\leq 60\%$ din valoarea teoretică normală și semne clinice de hipoxie

Durata prescripției:

- din 3 în 3 luni, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi, interniști, pediatri

2. oxigenoterapie de scurtă durată

Indicații:

- insuficiență respiratorie cu hipoxemie tranzitorie legată de o decompensare a unei afecțiuni pulmonare sau cardiace cronice

- neoplazii evolutive

- criterii de includere:

- semne clinice de hipoxemie acută și/sau $\text{Sat O}_2 < 90\%$

Durata prescripției:

- 1 lună, cu maximum 2 reevaluări lunare; în situația în care indicația se prelungește peste 3 luni, este necesar avizul pneumologului pentru confirmarea insuficienței respiratorii cronice cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată

Medicii curanți care fac recomandarea:

- fără restricții

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli salini

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		2 luni

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

11. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț 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 același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 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	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză externă de sân și accesorii (sutien)		3 ani

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

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la lit. A. din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitive medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITATEA**de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu**

Art. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripții medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului prevăzut în anexa nr. 39 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condițiile prezentelor norme.

(2) Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 38 la ordin. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență urinară, în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinență urinară permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieșire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv. În acest sens, după caz, se solicită o declarație a asiguratului pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv.

Art. 2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie), cu codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic. În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență urinară permanentă se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

Art. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, aparținător sau împuternicit legal în acest sens sau se expediază prin poștă în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale – numai pentru situațiile în care se impune revizuirea prescripției.

Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr...../2014

(3) Criteriile de prioritate precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilite de

serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație și se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților, în condițiile art.158 alin. (2) din Anexa 2 la H.G. nr...../2014

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 39 B la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 39 C la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

Art. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru

protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică în mod corespunzător și pacienților cu incontinență urinară permanentă.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

Art. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 38 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

Art. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu, fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, și dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de

asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial prețul de referință pentru dispozitivele de protezare stomii și de incontinență urinară cu excepția benzii pentru incontinență urinară, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

Art. 7 (1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

Art. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr.2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul specialist dr., din unitatea sanitară, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr.

DECIDE

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

.....

.....

pe o perioadă de termen de înlocuire de pentru numitul

.....

ART. 2 Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate este:

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Președinte - Director General,

Viza juridic - contencios

.....

.....

Viza CFP

.....

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAȚI AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI
DE SĂNĂTATE CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL TIP

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social/lucrativ (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 1

**LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI
INCONTINENȚĂ URINARĂ NR./.....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

**LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A APARATELOR
PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. /.....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Unitatea medicală.....

☐ MF☐ Ambulatoriu☐ Spital

Stat membru: RO

CUI

Nume, prenume medic Cod parafă medic

Specialitatea medicului prescriptor.....

Date contract medic prescriptor:

- telefon / fax medic prescriptor.....(se va completa inclusiv prefixul de țară)

- e-mail medic prescriptor.....

1. Numele și prenumele asiguratului

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data Nașterii.....

3. Domiciliul

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului.....

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

6. Deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv. ☐ (se bifează căsuța)

7. Pentru stomii și incontinență urinară se bifează una din căsuțele:

☐ permanentă☐ temporară

8. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin**)

.....

.....

Ștampila furnizorului de servicii medicale

Data emiterii prescripției

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului

.....

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație)

**) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau
funcționale în ambulatoriu

I. Părțile contractante.

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr. ..., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin
președinte - director general

și

Furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau
împuternicitul legal al acestuia, după caz,

- având sediul social lucrativ în localitatea, județul/sectorul str.
..... nr., telefon, fax,

- se va menționa și punctul/punctele de lucru din județ cu informațiile solicitate anterior, după
caz.

II. Obiectul contractului.

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate
recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului
nr./2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care
reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de
sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei
Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de
aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014

III. Dispozitive medicale furnizate.

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt
prevăzute în anexa 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în
anul 2014 a H.G. nr./2014 și constau în:

- a)
- b)
- c)

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. Durata contractului.

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de
aplicabilitate a H.G. nr./2014

V. Obligațiile părților.

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizați și evaluați, astfel încât să se
asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, și 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 și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate
modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare

pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 10 alin. (1) din H.G. nr..../2014 furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare, precum și în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate.

c) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr....../2014;

d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și 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 relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului;

e) să respecte dreptul asiguratului de a-și 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 și a documentelor obligatorii care le însoțesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

g) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații 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 Națională 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 Națională 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 destinația dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului.

k) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afisare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale.

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare 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 condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art.152 alin. (1) lit. g) din H.G. nr.../2014, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să emită, în vederea decontării, și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarație 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 și evaluat, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului ori a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și 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 își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe 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 situația 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 obligați să asigure confidențialitatea 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 evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții 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 și dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social lucrativ, cât și pentru punctele de lucru, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

p) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

q) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

VI. Modalități de plată.

ART. 7 (1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului și factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical,

dacă acesta este mai mic decât prețul de referință respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(3) 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 președintelui Casei Naționale 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 președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale 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 aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial pretul de referință pentru dispozitivele de protezare stomii și de incontinență urinară cu excepția benzii pentru incontinență urinară, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical și dovada verificării tehnice.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților 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 asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. deschis la Trezoreria statului.

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare 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.

VII. Răspunderea contractuală.

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

VIII. Clauză specială.

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului.

ART. 14 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 situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare 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 deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătății, și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 18 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și pe cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

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

a1) încetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) denunțarea 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 condițiile art. 16 lit. d) , cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 16 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță 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 voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției 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 aceștia își achită obligațiile 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 valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art.152 alin. (1) lit. a) - c) din H.G. nr.../2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. n), cu condiția 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 valabilității/retragerii/revocării acestuia.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 14 și art. 15 alin. (1) lit. a) și c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) - m) și o) - q) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris,

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație 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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

X. Corespondența.

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului.

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor.

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....	
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Președinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	
Director executiv al Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înființare nr. conform prevederilor legale în vigoare,
- Codul unic de înregistrare nr.,
- Certificat de înscriere de mențiuni, cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr., deschis la Trezoreria Statului/bancă
- Dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ nr. /data valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. /data, valabilă la data încheierii contractului;
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz,
- Avizul de funcționare emis, după caz, de Ministerul Sănătății,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr., pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- Lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentat casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

- Programul de lucru:
 - sediul social lucrativ
 - punctul de lucru
- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr. pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz
- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de contractare precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

CONVENȚIE^{*)}

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală,

I. Părțile convenției

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general, și

Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafă Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. .../2014 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... pentru aprobarea Normelor.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești numai pentru elevi, respectiv studenți; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă;

b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești;

b) medicii care acordă asistență medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice;

d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială,

cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pentru elevi, respectiv studenți și medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară și panoramică,

(4) Prin medicii/medicii dentiști din cabinete școlare și studențești menționați la alin. (1) - (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte ale formularelor de prescripții medicale electronice cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenții, precum și a prescripțiilor medicale electronice eliberate de aceștia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

f) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să furnizeze tratamentul

adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru 3 - 7 zile iar pentru afecțiuni subacute, pentru 8 – 10 zile, numai pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris

- medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru 3 - 7 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru 3 – 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale – Direcția Generală Protecția Persoanelor cu Handicap, pot prescrie medicamente numai pentru 3 - 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru 3 - 7 zile.

h) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

i) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

j) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu la data dea lunii următoare pentru luna anterioară;

k) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la lit. j), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

ART. 5 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. k), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(2) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) și la art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic.

(6) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligației de la art. 4 lit. k) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 6 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acestora;

b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 7 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații;

a1) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;

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

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

ART. 8 Situațiile prevăzute la art. 6 și la art. 7 lit. a) subcpt. a2), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 7 lit. a) subcpt. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 9 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 10 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate

Președinte - director general,

.....

Medic

.....

Vizat

Juridic, contencios

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

CONVENȚIE

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești - recomandare de internare - formular cu regim special unic pe țară

I. PĂRȚILE CONVENȚIEI

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director general,

și

- Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr.

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare - reprezentat prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS, prin contractul nr., cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

II. OBIECTUL CONVENȚIEI

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești conform Hotărârea Guvernului nr./2014 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..... pentru aprobarea Normelor.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

IV. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele, unitățile medico-sociale și cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicești acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unitățile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Unitățile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. ÎNCETAREA ȘI REZILIEREA CONVENȚIEI

ART. 5 Prezenta convenție 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 situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/centrul de dializă privat/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora.

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;

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

a4) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției 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 dorește încetarea convenției.

ART. 7

Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. CORESPONDENȚA

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. MODIFICAREA CONVENȚIEI

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,

Unitatea medico-socială/
Unitate sanitară cu paturi/
Cabinet de medicina muncii/
Centrul de dializă privat
Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

Denumire Furnizor
Medic
Contract/convenție nr.
CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că, născut la data de, CNP/cod
unic de asigurare, a fost consultat în serviciul nostru la data de
nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării

.....
.....

Diagnosticul:

.....
.....
.....

Anamneza:

- factori de risc

.....
.....

Examen clinic:

- general

.....
.....

- local

.....
.....

Examen de laborator:

- cu valori normale

.....
.....

- cu valori patologice

.....
.....

Examen paraclinice:

EKG

.....
.....

ECO

.....
.....

Rx

.....
.....

Altele

.....
.....

Tratament efectuat:

.....
.....
.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....
.....

Tratament recomandat

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data

Semnătura și parafa medicului
.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire 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;

**LISTA AFECȚIUNILOR CRONICE*) PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚA
DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE**), MEDICULUI DE
SPECIALITATE DIN AMBULATORIU***)**

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

1. Afecțiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)
5. Insuficiența renală cronică - dializă

B. Afecțiuni cronice pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

1. Proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

C. Alte afecțiuni cronice

1. Boală cronică de rinichi - fază de predializă (G25)

NOTĂ:

*) În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte;

**) Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate;

***) Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/ punct secundar de lucru*)									
.....									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:

str. nr. tel./fax

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, cont nr. deschis la Trezoreria statului și sediul punctului secundar de lucru în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, tel./fax, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea			
încetarea			
suspendarea			

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive cu nr. / începând cu data de, având în vedere: (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. nr. din anexa nr. la Hotărârea Guvernului nr. /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, dispozițiilor art. nr. din anexa nr. la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 Hotărârii Guvernului nr. /2014.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.

5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope, se aprobă conform Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, pe care furnizorii au obligația să le completeze corect și la zi includ și evidențele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.

În situația în care furnizorii 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 obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor.

CHESTIONAR PRIVIND SATISFAȚIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanței activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime

1. Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorității*)
Curățenie	
Lux	
Aglomeratie	
Dezordine	
Mizerie	
Disciplină	
Liniște	
Sărăcie	
Altul	
1	
Altul	
2	

*) Bifați 1, 2 sau 3 în ordinea priorității

2. Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifați o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ați ajuns să apelați la internare pentru spitalul nostru (bifați una din variantele de răspuns):

- a. V-ați prezentat direct la camera de gardă
- b. Ați avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
- c. Ați venit cu trimitere de la medicul de ambulator
- d. Ați venit cu ambulanța
- e. Altă situație

4. Sunteți la prima internare sau la o reinternare?

a) Prima internare b) Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Ați fost condus la explorări?	1	#
P3. Ați făcut baie la internare?	1	0
P4. Ați fost informat pe înțelesul dvs. despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Ați avut complicații post-operatorii?	1	0
P7. Fiiolele s-au deschis în fața dvs.?	1	0
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijirilor de care ați avut nevoie?	1	0
P9. Ați simțit nevoia să recompensați prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenție din partea acestora		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.

Apreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1 Total nesatisfăcătoare	2 Parțial nesatisfăcătoare	3 Nesatisfăcător	4 Bună	5 Foarte bună	9 Nu am beneficiat/ nu am observat
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul șederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea post operatorie și ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condițiilor de cazare - salon (dotare, facilități)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (băi + WC)	1	2	3	4	5	#
Curățenia în ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.

Cât de mulțumit sunteți/ați fost ?

Foarte nemulțumit	Parțial nemulțumit	Nemulțumit	Parțial mulțumit	Foarte mulțumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-ați întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care știți că este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte?/Ce v-a plăcut cel mai mult?

Dar negativ?/Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuiți situația care vi se aplică)

D1. Sexu1

1. Masculin

2. Feminin

D2. Vârsta

1. < 20 de ani

2. 20 - 29 ani

3. 30 - 39 ani

4. 40 - 49 ani

5. 50 - 59 ani

6. 60 - 69 ani

7. 70 ani si peste

D3. Mediul de rezidență

1. Urban

2. Rural

D4. Ultima scoală absolvită

1. Primară (14 clase) 2. Gimnazială (5 - 8) 3. Liceu

4. Facultate

D5. Starea civilă

1. Căsătorit

2. Necăsătorit

3. Concubinaĵ

4. Văduv

5. Divortat

NOTĂ:

Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor art. 12 din Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.