



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul XI — Nr. 176

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 26 aprilie 1999

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
HOTĂRÂRI ALE CAMEREI DEPUTAȚILOR		DECRETE	
12.	— Hotărâre privind contul de execuție a bugetului Camerei Deputaților pe anul 1998	126.	— Decret privind acordarea gradului de general de brigadă în retragere unor colonei în retragere din Ministerul Apărării Naționale.....
	2-4		5
13.	— Hotărâre pentru modificarea Hotărârii Camerei Deputaților nr. 42/1996 privind aprobarea componenței nominale a comisiilor permanente ale Camerei Deputaților		
	4	HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
14.	— Hotărâre pentru modificarea Hotărârii Camerei Deputaților nr. 42/1996 privind aprobarea componenței nominale a comisiilor permanente ale Camerei Deputaților	312.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999.....
	5		6-16

HOTĂRĂRI ALE CAMEREI DEPUTAȚILOR**PARLAMENTUL ROMÂNIEI****CAMERA DEPUTAȚILOR****HOTĂRĂRE****privind contul de execuție a bugetului Camerei Deputaților pe anul 1998**

În temeiul art. 64 din Constituția României, precum și al art. 29 lit. d) din Regulamentul Camerei Deputaților, republicat,

Camera Deputaților adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Se aprobă contul de execuție a bugetului Camerei Deputaților pe anul 1998, potrivit raportului explicativ și anexelor nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

Această hotărâre a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 19 aprilie 1999, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

p. PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR,
PAULA IVĂNESCU

București, 19 aprilie 1999.

Nr. 12.

RAPORT EXPLICATIV**privind contul de execuție a bugetului Camerei Deputaților pe anul 1998**

I. Bugetul Camerei Deputaților pe anul 1998 a fost aprobat prin Hotărârea Camerei Deputaților nr. 31 din 29 septembrie 1997, modificată prin hotărârile Camerei Deputaților nr. 8 din 25 februarie 1998 și nr. 19 din 22 mai 1998, volumul total al creditelor astfel aprobate fiind de 262.141.356 mii lei.

În urma rectificării bugetului, prin hotărârile Camerei Deputaților nr. 30 din 2 septembrie 1998 și nr. 42 din 3 decembrie 1998, creditele definitive pe anul 1998 au fost de 259.186.477 mii lei.

Din alocațiile totale definitive aprobate, suma de 2.563.800 mii lei a fost repartizată Institutului Român pentru Drepturile Omului, al cărui buget este cuprins în bugetul Camerei Deputaților, conform legii.

Plățile totale efectuate în anul 1998 au fost de 249.195.695 mii lei, respectiv 96,1% față de prevederi, din care 2.224.931 mii lei pentru Institutul Român pentru Drepturile Omului.

Din totalul plăților la finele anului 1998, suma de 195.437.437 mii lei reprezenta cheltuieli curente, iar suma de 53.758.258 mii lei, cheltuieli de capital.

A. Cheltuielile curente au reprezentat 97,4% față de creditele bugetare aprobate și s-au efectuat pentru plata drepturilor de personal, pentru cheltuieli materiale și servicii și pentru transferuri, după cum urmează:

1. Cheltuielile de personal, în sumă de 156.173.560 mii lei, respectiv 98,3% din prevederi, s-au efectuat pentru plata indemnizațiilor deputaților și a salariilor personalului din Secretariatul General al Camerei Deputaților, a colaboratorilor externi și pentru celelalte obligații, respectiv contribuțiile pentru asigurările sociale de stat, cheltuielile pentru constituirea Fondului pentru plata ajutorului de șomaj și a Fondului de asigurări sociale de sănătate. Tot la acest

capitol sunt cuprinse cheltuielile legate de diurna de ședință și de deplasare, de cazarea și transportul deputaților, suma forfetară destinată desfășurării activității deputaților în circumscriptiile electorale și alte drepturi acordate conform prevederilor legale. În cheltuielile de personal au fost evidențiate și plățile efectuate pentru deplasările în străinătate, aferente Camerei Deputaților, din Programul activităților de relații externe ale Parlamentului României în anul 1998.

2. Cheltuielile materiale și servicii, în sumă de 39.261.492 mii lei, respectiv 93,9% din prevederi, s-au efectuat pentru asigurarea funcționării și întreținerea sediului Camerei Deputaților, pentru materialele necesare în vederea desfășurării activității legislative, precum și pentru alte cheltuieli autorizate. De asemenea, s-au efectuat cheltuieli de protocol pentru primirea în țară a delegațiilor străine și pentru întreținerea caselor de oaspeți destinate cazării acestora, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 567/1993, cu modificările ulterioare.

3. Transferurile, în sumă de 2.385 mii lei, reprezintă plata cotizației Camerei Deputaților la Uniunea Interparlamentară — Asociația Secretarilor Generali ai Parlamentelor.

B. Cheltuielile de capital, în sumă de 53.758.258 mii lei, reprezentând 91,8% față de creditele bugetare aprobate, s-au efectuat pentru continuarea lucrărilor la obiectivele de investiții „Palatul Parlamentului” — 26.906.193 mii lei, „Palatul Parlamentului — parcaj subteran” — 7.803.980 mii lei, precum și pentru dotări independente și alte cheltuieli de investiții — 19.048.085 mii lei.

Detalierea pe articole a contului de execuție a bugetului Camerei Deputaților pe anul 1998, finanțat din credite bugetare, este prezentată în anexa nr. 1.

II. La activitatea extrabugetară, veniturile obținute în anul 1998 au fost de 11.124.913 mii lei, față de 9.479.500 mii lei cât era prevăzut în Hotărârea Camerei Deputaților nr. 31/1997, cu modificările ulterioare. Plățile efectuate au fost în sumă de 10.221.638 mii lei, excedentul fiind de 3.124.275 mii lei. Veniturile realizate provin din activități specifice desfășurate de Centrul Internațional de Conferințe, din activitatea de alimentație, precum și din alte surse.

Tănase Barde,
chestor
Gheorghe Albu,
chestor

Secretar general,
Florin Costiniu

Detalierea pe articole a execuției bugetului de venituri și cheltuieli privind activitatea extrabugetară pe anul 1998 este prezentată în anexa nr. 2.

★
★ ★

Plățile efectuate în anul 1998 de către Camera Deputaților și Institutul Român pentru Drepturile Omului s-au încadrat în prevederile bugetare aprobate prin Hotărârea Camerei Deputaților nr. 31/1997, cu modificările ulterioare.

Utilizarea mijloacelor financiare s-a făcut cu respectarea prevederilor Legii nr. 72/1996 privind finanțele publice, precum și ale celorlalte acte normative în vigoare.

Acsinte Gaspar,
chestor
Alexandru Lăpușan,
chestor

Director general,
Drosu Tararache

Avize:

ANEXA Nr. 1

CAMERA DEPUTAȚILOR

CONTUL DE EXECUȚIE A BUGETULUI PE ANUL 1998

— mii lei —

Nr. rând	Denumirea indicatorilor	Codul	Credite aprobate inițial	Creditele definitive	Plățile efectuate	% 3/2
A	B	C	1	2	3	4
1.	CHELTUIELI	51.01	262.141.356	259.186.477	249.195.695	96,1
2.	A. CHELTUIELI CURENTE	01	151.484.556	200.616.477	195.437.437	97,4
3.	CHELTUIELI DE PERSONAL	02	107.423.000	158.800.477	156.173.560	98,3
4.	Cheltuieli cu salariile	10	40.475.000	73.095.249	72.354.342	99,0
5.	Contribuții pentru asigurări sociale de stat	11	9.309.250	16.770.183	16.421.094	97,9
6.	Cheltuieli pentru constituirea Fondului pentru plata ajutorului de șomaj	12	2.024.300	3.646.822	3.578.558	98,1
7.	Deplasări, detașări, transferări	13	53.610.200	61.600.000	60.148.048	97,6
8.	Deplasări, detașări, transferări în țară	13.01	41.421.000	54.255.000	53.924.492	99,4
9.	Deplasări în străinătate	13.02	12.189.200	7.345.000	6.223.556	84,7
10.	Contribuții pentru constituirea Fondului de asigurări sociale de sănătate	14	2.004.250	3.688.223	3.671.518	99,5
11.	CHELTUIELI MATERIALE ȘI SERVICII	20	44.052.156	41.813.615	39.261.492	93,9
12.	Cheltuieli pentru întreținere și gospodărie	24	30.382.400	27.132.000	26.101.114	96,2
13.	Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	25	2.555.500	2.865.000	2.780.523	97,1
14.	Obiecte de inventar de mică valoare sau scurtă durată și echipament	26	1.024.000	830.000	754.355	90,9
15.	Reparații curente	27	1.450.000	1.373.000	1.295.502	94,4
16.	Reparații capitale	28	14.100	10.000	9.797	98,0
17.	Cărți și publicații	29	600.000	1.730.000	1.726.304	99,8
18.	Alte cheltuieli	30	8.026.156	7.873.615	6.593.897	83,7
19.	TRANSFERURI	38	9.400	2.385	2.385	100,0
20.	B. CHELTUIELI DE CAPITAL	70	110.656.800	58.570.000	53.758.258	91,8

CAMERA DEPUTAȚILOR

EXECUȚIA BUGETULUI DE VENITURI ȘI CHELTUIELI
PRIVIND ACTIVITATEA EXTRABUGETARĂ PE ANUL 1998

— mii lei —

Nr. rând	Denumirea indicatorilor	Codul	Prevederi	Realizări	% 2/1
A	B	C	1	2	3
1.	I. EXCEDENT DIN ANUL 1997		2.221.000	2.221.000	100,0
2.	II. VENITURI		9.479.500	11.124.913	117,4
3.	III. CHELTUIELI		10.700.500	10.221.638	95,5
4.	CHELTUIELI CURENTE	01	10.700.500	10.221.638	95,5
5.	CHELTUIELI DE PERSONAL	02	3.851.000	3.645.686	94,7
6.	Cheltuieli cu salariile	10	2.944.000	2.772.348	94,2
7.	Contribuții pentru asigurări sociale de stat	11	610.000	590.276	96,8
8.	Cheltuieli pentru constituirea Fondului pentru plata ajutorului de șomaj	12	135.000	127.294	94,3
9.	Deplasări, detașări, transferări	13	37.000	36.905	99,7
10.	Deplasări, detașări, transferări în țară	13.01	380	286	75,3
11.	Deplasări în străinătate	13.02	36.620	36.619	100,0
12.	Cheltuieli pentru constituirea Fondului de asigurări sociale de sănătate	14	125.000	118.863	95,1
13.	CHELTUIELI MATERIALE ȘI SERVICII	20	6.849.500	6.575.952	96,0
14.	Cheltuieli pentru întreținere și gospodărie	24	6.444.500	6.318.604	98,0
15.	Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	25	100.000	57.187	57,2
16.	Obiecte de inventar de mică valoare sau scurtă durată și echipament	26	60.000	51.591	86,0
17.	Reparații curente	27	30.000	14.691	49,0
18.	Alte cheltuieli	30	215.000	133.879	62,3
19.	IV. EXCEDENT		1.000.000	3.124.275	312,4

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

HOTĂRÂRE

**pentru modificarea Hotărârii Camerei Deputaților nr. 42/1996
privind aprobarea componenței nominale a comisiilor permanente ale Camerei Deputaților**

În temeiul art. 39 din Regulamentul Camerei Deputaților, republicat,

Camera Deputaților adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Limita maximă a numărului membrilor Comisiei pentru industrii și servicii, prevăzută în anexa nr. 3 la Hotărârea Camerei Deputaților nr. 42/1996, se majorează de la 23 inițial la 24 în prezent.

Limita maximă a numărului membrilor Comisiei juridice, de disciplină și imunități, prevăzută în anexa nr. 11 la

Hotărârea Camerei Deputaților nr. 42/1996, se majorează de la 24 inițial la 26 în prezent.

Limita minimă a numărului membrilor Comisiei pentru drepturile omului, culte și problemele minorităților naționale, prevăzută în anexa nr. 5 la Hotărârea Camerei Deputaților nr. 42/1996, se reduce de la 17 inițial la 14 în prezent.

Această hotărâre a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 19 aprilie 1999, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

p. PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR,

PAULA IVĂNESCU

București, 19 aprilie 1999.

Nr. 13.

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

HOTĂRÂRE

**pentru modificarea Hotărârii Camerei Deputaților nr. 42/1996
privind aprobarea componenței nominale a comisiilor permanente ale Camerei Deputaților**

În temeiul art. 39 din Regulamentul Camerei Deputaților, republicat,

Camera Deputaților adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Hotărârea Camerei Deputaților nr. 42/1996 privind aprobarea componenței nominale a comisiilor permanente ale Camerei Deputaților, cu modificările ulterioare, se modifică în sensul că domnul Gheorghe Liviu Negoită, deputat independent, aparținând Grupului parlamentar Uniunea Social Democrată — Partidul Democrat, trece de la Comisia pentru sănătate și familie la Comisia juridică, de disciplină și imunități.

Această hotărâre a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 19 aprilie 1999, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

p. PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR,
PAULA IVĂNESCU

București, 19 aprilie 1999.
Nr. 14.

D E C R E T E

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

D E C R E T

**privind acordarea gradului de general de brigadă în retragere
unor colonei în retragere din Ministerul Apărării Naționale**

În temeiul art. 94 lit. b) și al art. 99 alin. (1) din Constituția României, precum și al art. 67 alin. 2 lit. a) din Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare,

având în vedere propunerea ministrului de stat, ministrul apărării naționale,

Președintele României d e c r e t e a z ă :

Articol unic. — Se acordă gradul de general de brigadă în retragere următorilor:

- colonel în retragere Soare Ion Alexe;
- colonel în retragere Băcă Ion Mihai.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
EMIL CONSTANTINESCU

**În temeiul art. 99 alin. (2) din
Constituția României, contrasemnăm
acest decret.**

PRIM-MINISTRU
RADU VASILE

București, 20 aprilie 1999.
Nr. 126.

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRĂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999

În temeiul art. 11 alin. (2) din Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României hotărăște:

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România va elabora, în termen de 15 zile de la publicarea prezentei hotărâri în Monitorul Oficial al României, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, numite în continuare *norme*, care se actualizează, după caz. Normele se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății, Ministerului Finanțelor și Ministerului Justiției, și vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 3. — (1) În anul 1999, până la încheierea contractelor între furnizorii de servicii medicale, de servicii farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Transporturilor, acordarea acestora se realizează pe baza convențiilor între părți.

(2) Până la sfârșitul semestrului I 1999 se vor încheia toate contractele prevăzute la alin. (1), conform prevederilor legale în vigoare.

(3) Convențiile prevăzute la alin. (1) au în vedere cote destinate decontării serviciilor medicale din fiecare domeniu al asistenței medicale, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu încadrarea în prevederile bugetare aprobate.

Art. 4. — (1) Lista denumirilor comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente, de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu contribuție personală, este prevăzută în anexa nr. 1 la

contractul-cadru. Lista medicamentelor fără contribuție personală, prevăzută în anexa nr. 1, este suportată de la bugetul de stat prin programele naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății. Această listă este valabilă până la elaborarea, în termenul prevăzut la art. 2, a listei prevăzute la art. 24 din Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare. Lista se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor, cu sau fără contribuție personală, este prevăzut în anexa nr. 1 la contractul-cadru și este valabil până la elaborarea, în termenul prevăzut la art. 2, a listei conform prevederilor art. 24 din Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare. Noul mod de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor, cu sau fără contribuție personală, valabil după această dată, se aprobă prin același ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății, prevăzut la alin. (1), și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 5. — (1) Lista de materiale sanitare, proteze, orteze, destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, potrivit prezentei hotărâri, se elaborează potrivit legii, în termen de 45 de zile de la data intrării în vigoare a acestei hotărâri.

(2) Modul de procurare a dispozitivelor medicale-etalon, obligațiile furnizorilor și ale beneficiarilor și modul de decontare sunt prevăzute în anexa nr. 2 la contractul-cadru și sunt valabile până la elaborarea, în termenul prevăzut la alin. (1), a listei de materiale sanitare, proteze, orteze, destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.

Art. 6. — La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri se abrogă orice dispoziții contrare.

PRIM-MINISTRU
RADU VASILE

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Hajdú Gábor

Ministrul finanțelor,

Decebal Traian Remeș

Ministrul muncii și protecției sociale,

Alexandru Athanasiu

CONTRACT-CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. — (1) Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate sunt reglementate în prezentul contract-cadru, elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății.

(2) Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică, are obligația ca împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu Colegiul Medicilor din România și cu Colegiul Farmaciștilor din România să supravegheze respectarea legislației în domeniu pentru garantarea dreptului la asistență medicală.

Art. 2. — Asigurarea calității serviciilor medicale constituie o obligație a furnizorilor de servicii medicale de respectare a criteriilor privind calitatea asistenței medicale, elaborate de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 3. — (1) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați:

- a) să respecte confidențialitatea prestației medicale;
- b) să respecte criteriile medicale de calitate, conform legii;
- c) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- d) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;
- e) să utilizeze, în condiții de eficiență, fondurile contractate cu casele de asigurări de sănătate;
- f) să nu refuze acordarea asistenței medicale asiguraților în caz de urgență medicală.

(2) Casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Transporturilor, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, sunt obligate:

- a) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorilor de servicii medicale;
- b) să verifice prescrierea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare și să asigure decontarea acestora către furnizorii de servicii farmaceutice;
- c) să deconteze furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice contravaloarea serviciilor contractate și prestate către asigurați, pe baza actelor necesare în acest scop, care se stabilesc prin norme;
- d) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- e) să accepte înscrierea în bugetele furnizorilor de servicii medicale a cheltuielilor privind educația medicală continuă, pe baza unor criterii stabilite prin norme;
- f) să accepte un sistem informațional unitar corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;
- g) să organizeze un sistem de asigurare pentru răspundere civilă a furnizorilor de servicii medicale;
- h) să stabilească un sistem de diferențiere pentru furnizorii de servicii medicale, care activează în unele zone ale

țării. Sistemul de diferențiere și zonele se stabilesc prin norme.

Art. 4. — (1) Pentru a beneficia de drepturile prevăzute de Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare, asigurații sunt obligați:

- a) să se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;
- b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apare o modificare în starea lor de sănătate;
- c) să anunțe medicul de familie în cazul în care se decid să se înscrie pe lista altui medic de familie, pentru a putea fi radiați de pe listele celui dintâi;
- d) să anunțe, în termen de 5 zile, medicul de familie și casa de asigurări de sănătate atunci când apar modificări ale datelor de identitate sau modificări referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- e) să se prezinte la controalele periodice stabilite prin norme;
- f) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului curant;
- g) să aibă o conduită civilizată în relațiile cu personalul medical.

(2) Medicul de familie poate refuza un asigurat de pe listă, dacă acesta nu respectă prevederile alin. (1) lit. e), f) și g). În caz de litigiu, nerespectarea prevederilor lit. e), f) și g) este supusă analizei și deciziei comisiei paritare organizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România, conform legii.

Art. 5. — Din Fondul de asigurări sociale de sănătate nu se suportă gratuitățile privind asistența medicală, medicamentele și protezele la care au dreptul unele categorii de asigurați potrivit actelor normative cu caracter special.

CAPITOLUL II

Asistența medicală primară

Art. 6. — Asistența medicală primară se acordă în cabinete medicale autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale.

Art. 7. — (1) Listele cuprinzând asigurații înscriși la fiecare medic de familie se depun de către medicul titular al cabinetului medical sau de către cel delegat de medicii asociați, la casele de asigurări de sănătate, pentru verificare și avizare. Până la verificarea și avizarea acestei liste, plata se va efectua conform listei înaintate, urmând ca în termen de 3 luni să se facă regularizarea. Pacienții care nu sunt cuprinși pe lista medicului de familie achită contravaloarea serviciilor medicale, cu excepția cazurilor prevăzute la alin. (3).

(2) Asistența medicală primară se acordă numai de medicul acreditat ca medic de familie împreună cu personal sanitar acreditat.

(3) În situații de urgență, precum și în cazul asigurării continuității, medicul de familie poate acorda asistență medicală și altor asigurați care nu sunt înscriși pe lista proprie. Modalitatea de asigurare a continuității acordării asistenței medicale în cabinetul medical, precum și modalitatea de plată a serviciilor medicale acordate se stabilesc prin norme.

Art. 8. — Cabinetul medical are următoarele obligații:

- a) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală, și dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data

înscrisorii. Transferul fișei medicale a asiguratului care a solicitat scoaterea de pe lista medicului se face prin serviciul poștal în maximum 15 zile lucrătoare de la solicitare, iar cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează, minimum 5 ani, o copie de pe fișa medicală a acestuia;

b) să actualizeze lista proprie a asiguraților înscriși ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate;

c) să își stabilească programul de activitate și să îl aducă la cunoștință asiguraților și casei de asigurări de sănătate;

d) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat. Actele necesare în acest sens se stabilesc prin norme.

Art. 9. — Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii în asistența medicală primară sunt:

a) tarif pe persoană asigurată sau *per capita*;

b) tarif pe serviciu medical.

Art. 10. — (1) Plata prin tarif pe persoană asigurată se face în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul și de structura pe grupe de vârstă ale asiguraților înscriși pe listele proprii. Numărul de puncte în funcție de structura pe grupe de vârstă se stabilește prin norme.

(2) Numărul de puncte acordate pentru fiecare persoană înscrisă corespunde asigurării de către cabinetul medical a unui pachet de servicii medicale pe durata unui an. Acest pachet de servicii medicale și condițiile în care se acordă se stabilesc prin norme.

(3) Valoarea punctului este unică pe țară și se stabilește de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ea va fi regularizată trimestrial, conform normelor.

Art. 11. — Medicii nou-veniți într-o localitate, în cabinete medicale nou-înființate sau în cabinetele deja existente, care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, beneficiază timp de maximum 3 luni, perioadă acordată pentru întocmirea listei de asigurați, de un venit echivalent unui salariu și un buget de practică medicală, în condițiile stabilite prin norme. Plata se efectuează în limita unei cote alocate din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical pentru asistența medicală primară.

Art. 12. — Plata prin tarif pe serviciu medical se face pentru anumite servicii și activități. Lista acestor servicii și activități, precum și numărul de puncte acordat pentru acestea se stabilesc prin norme.

Art. 13. — Pentru perioada concediului de odihnă, a concediilor medicale și pentru alte perioade de absență, medicii de familie organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. În cazurile în care acest lucru nu este posibil, pe baza unei notificări prealabile din partea medicului titular al cabinetului medical sau a celui delegat de medicii asociați, casele de asigurări de sănătate au obligația de a numi un înlocuitor, cu licență de înlocuire temporară, potrivit legii. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

Art. 14. — (1) Pentru acordarea serviciilor medicale contractate și pentru funcționarea cabinetelor medicale, cabinetul medical are dreptul la un buget de practică medicală, care este prevăzut în contractul de furnizare de servicii încheiat de acesta cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Din bugetul de practică medicală se suportă următoarele:

a) cheltuielile de personal pentru personalul angajat, altul decât medici;

b) cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical;

c) cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență.

(3) Condițiile acordării bugetului de practică medicală se stabilesc prin norme.

(4) În bugetul de practică medicală nu se includ veniturile realizate de medici.

(5) Fondul pentru asistența medicală primară reprezintă un quantum distinct alocat din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical.

CAPITOLUL III

Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu

Art. 15. — Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se realizează de către medicii specialiști acreditați în cabinetele medicale autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale.

Art. 16. — (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală de specialitate în ambulatoriu la indicația medicului de familie, cu respectarea liberei alegeri de către asigurat a medicului specialist acreditat.

(2) Asigurații se pot prezenta direct la medicul specialist acreditat în toate cazurile care constituie urgențe, precum și în cazurile în care:

a) necesită tratament prespitalicesc, la recomandarea medicului specialist;

b) necesită tratament postcură, dacă acest lucru este menționat în biletul de externare;

c) necesită tratament și supraveghere medicală activă la nivel de medic specialist, pentru afecțiuni care se stabilesc prin norme.

Art. 17. — (1) Tarifele minimale ale serviciilor medicale decontate de către casele de asigurări de sănătate în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se stabilesc prin norme.

(2) Asigurații care se prezintă direct la medicul specialist acreditat fără bilet de trimitere de la medicul de familie, cu excepția cazurilor prevăzute la art. 16 alin. (2), suportă integral tarifele serviciilor medicale acordate.

Art. 18. — Medicul specialist din ambulatoriu are obligația să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul pacientului, despre diagnosticul și tratamentele recomandate.

Art. 19. — Lista serviciilor medicale de specialitate și a altor activități prestate de medicul specialist acreditat din ambulatoriu se stabilește prin norme.

Art. 20. — (1) Acordarea serviciilor în asistența medicală ambulatorie de specialitate asiguraților se face în baza contractului de furnizare de servicii medicale, care se încheie între unitatea sanitară de specialitate și casele de asigurări de sănătate.

(2) În contractele încheiate cu spitalele care au în structura lor și unități sanitare de asistență medicală de specialitate ambulatorie se prevede în mod distinct suma aferentă acestora.

(3) Fondul pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate reprezintă o cotă distinctă alocată din Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii medicale.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contract cu furnizorii de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, luând în calcul tarifele pe serviciu medical stabilite prin norme. Până la data de 15 a fiecărei luni casele de asigurări de sănătate avansează furnizorilor de servicii medicale prevăzute la alin. (1) sumele aferente, urmând ca

la finele trimestrului, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare, să facă regularizarea sumelor cuvenite, în funcție de serviciile efectiv prestate, de tarifele pe serviciu și de sumele alocate în cursul trimestrului respectiv.

CAPITOLUL IV

Servicii medicale spitalicești

Art. 21. — Asistența medicală spitalicească se realizează în cadrul spitalelor autorizate și/sau acreditate potrivit legii, dacă tratamentul ambulatoriu sau la domiciliu nu este eficace sau dacă spitalizarea se impune potrivit diagnosticului. Necesitatea și durata optimă de spitalizare se stabilesc prin norme.

Art. 22. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă prin spitalizare integrală sau parțială (spitalizare de scurtă, medie și lungă durată, precum și spitalizare la domiciliu) și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratament medical, chirurgical și/sau fizical recuperator;
- e) îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă.

(2) Definierea spitalizării de diverse tipuri se stabilește prin norme.

Art. 23. — (1) Serviciile medicale spitalicești urmăresc rezolvarea cazurilor internate într-o anumită perioadă de spitalizare, optimă pentru afecțiunea tratată.

(2) Continuarea tratamentului spitalicesc se poate face cu măsuri de îngrijire sau de recuperare, acordate de medic în unități ambulatorii de specialitate prin secții cu spitalizare de zi și/sau la domiciliu, în condiții stabilite prin norme.

Art. 24. — (1) Serviciile medicale spitalicești sunt:

- a) de profil medical;
- b) de profil chirurgical;
- c) alte servicii, inclusiv speciale.

(2) Definierea și detalierea acestor servicii se vor face prin norme.

Art. 25. — (1) Serviciile medicale spitalicești acordate asiguraților pe baza recomandării medicului de familie acreditat sau a medicului specialist acreditat, precum și urgențele medico-chirurgicale se suportă din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate și din bugetul de stat, după caz, potrivit dispozițiilor legale.

(2) Pentru anumite servicii medicale de înaltă performanță, stabilite prin norme, plata se efectuează din cota alocată asistenței medicale spitalicești pentru cheltuieli materiale și prestări de servicii cu caracter medical.

Art. 26. — Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani beneficiază de plata serviciilor hoteliere din partea casei de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute de criteriile stabilite prin norme.

Art. 27. — Persoanele care nu dovedesc calitatea de asigurat suportă tarifele serviciilor medicale, stabilite de fiecare unitate furnizoare de servicii medicale. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, a căror plată se asigură din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical, destinat asistenței medicale spitalicești, conform normelor.

Art. 28. — (1) Asigurații suportă contravaloarea:

- a) serviciilor hoteliere care au grad înalt de confort. Contribuția personală se stabilește de către conducerea fiecărui spital;
- b) unor servicii medicale de înaltă performanță, stabilite prin norme;

c) serviciilor efectuate la cererea pacientului.

(2) Contribuția personală a asiguraților are la bază tarifele stabilite de către unitatea furnizoare de servicii medicale, potrivit normelor.

Art. 29. — (1) Asigurarea asistenței medicale spitalicești se realizează în baza contractului de furnizare de servicii medicale încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate.

(2) Fondul pentru asistența medicală spitalicească reprezintă o cotă distinctă alocată din Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii medicale.

(3) Plata de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale spitalicești furnizate se va face prin buget global constituit în urma negocierii unor indicatori specifici.

(4) Sumele contractate cu furnizorii din asistența medicală spitalicească au în vedere toate cheltuielile spitalului, care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul de asigurări sociale de sănătate, inclusiv medicamente și materiale sanitare care se acordă asiguraților în spital.

(5) Stabilirea sumelor la care au dreptul unitățile medicale spitalicești se determină trimestrial de către conducerea acestor unități cu reprezentantul caselor de asigurări de sănătate, pe baza unor indicatori stabiliți în contractele de prestări de servicii medicale.

CAPITOLUL V

Asistența medicală ambulatorie stomatologică

Art. 30. — Serviciile medicale stomatologice se acordă de către cabinetele de stomatologie și de serviciile de chirurgie buco-maxilo-facială, autorizate și/sau acreditate potrivit legii pentru acest tip de activitate medicală.

Art. 31. — Serviciile medicale stomatologice se asigură de către medicii stomatologi, acreditați conform legii.

Art. 32. — Serviciile medicale stomatologice cuprind servicii stomatologice preventive, corective, curative, lucrări protetice și urgențe stomatologice. Urgențele stomatologice se vor asigura de către medicii stomatologi printr-un sistem organizat de către aceștia, cu avizul caselor de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute prin norme.

Art. 33. — Serviciile medicale stomatologice preventive, suportate de casele de asigurări de sănătate, sunt prevăzute la art. 17 din Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 34. — Lista serviciilor medicale stomatologice și a tratamentelor stomatologice decontate de către casele de asigurări de sănătate, precum și tarifele aferente acestora se stabilesc prin norme.

Art. 35. — (1) Tratamentele stomatologice prevăzute la art. 34 se suportă de către casele de asigurări de sănătate, astfel:

- a) integral, în cazurile prevăzute de lege;
- b) 40% pentru asigurații care nu respectă indicațiile preventive;
- c) 60% în cazul asiguraților care se prezintă la controalele profilactice impuse de serviciul stomatologic.

(2) Modalitățile de plată în asistența medicală ambulatorie stomatologică se stabilesc prin norme.

Art. 36. — (1) Contractarea serviciilor medicale stomatologice se realizează între casele de asigurări de sănătate și unitatea stomatologică prin reprezentanții săi legali.

(2) Fondul pentru asistența medicală stomatologică reprezintă o cotă distinctă din Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii medicale.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală ambulatorie stomatologică luând în calcul tarifele pe serviciu stabilite prin norme. Până la data de 15 a fiecărei luni casele de asigurări de sănătate avansează furnizorilor de servicii medicale prevăzute la alin. (1) sumele aferente, urmând ca la finele trimestrului, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare, să facă regularizarea sumelor convenite, în funcție de serviciile efectiv prestate, de tarifele pe serviciu și de sumele alocate în cursul trimestrului respectiv.

CAPITOLUL VI

Servicii medicale de urgență prespitalicești

Art. 37. — Asistența medicală de urgență se acordă în toate cazurile de îmbolnăviri care, prin dezechilibrul funcțiilor vitale, pun în pericol viața bolnavului.

Art. 38. — (1) Asistența medicală de urgență se asigură prin serviciile de ambulanță, în următoarele situații:

- a) la locul accidentului sau al îmbolnăvirii;
- b) în timpul transportului până la unitățile sanitare.

(2) Lista serviciilor medicale de urgență și alte tipuri de transporturi medicale se stabilesc prin norme.

(3) În situațiile de urgență se recomandă ca asiguratul să apeleze întâi la medicul de familie sau la medicul care asigură continuitatea, conform prevederilor stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale. În cazuri deosebite, asiguratul se poate adresa direct serviciului de ambulanță care are contract încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 39. — (1) Plata serviciilor medicale de urgență se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale, care se încheie între serviciile de ambulanță și casele de asigurări de sănătate, și reprezintă o cotă distinctă din Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii medicale.

(2) În situațiile în care medicul de medicină de urgență constată că solicitarea asiguratului nu reprezintă un caz de urgență, precum și pentru cazurile sociale, definite prin norme, plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești se suportă de la bugetul de stat, prin direcțiile de sănătate publică.

(3) Sumele contractate cu serviciile de ambulanță au în vedere toate cheltuielile acestora care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul de asigurări sociale de sănătate.

(4) Stabilirea sumelor la care au dreptul serviciile de ambulanță se determină trimestrial de către conducerea acestor unități cu reprezentantul caselor de asigurări de sănătate, pe baza unor indicatori stabiliți în contractele de prestări de servicii medicale de urgență.

CAPITOLUL VII

Servicii medicale de reabilitare a sănătății

Art. 40. — Asigurații, alții decât cei care beneficiază de bilete de tratament balnear suportate din bugetul asigurărilor sociale de stat, au dreptul la servicii medicale de reabilitare a sănătății — recuperare, medicină fizică și/sau asistență balneoclimatică, în unități de tip ambulator și spital pentru o perioadă și potrivit unui ritm, recomandate de medicul curant, cu avizul medicului de specialitate de profil, autorizate și/sau acreditate. Lista serviciilor medicale de reabilitare, inclusiv unele servicii medicale complementare și modalitatea de decontare a acestora se stabilesc prin norme.

Art. 41. — Fondul pentru asistența medicală de reabilitare a sănătății reprezintă un quantum distinct alocat din

Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical.

Art. 42. — (1) Pentru serviciile medicale de reabilitare a sănătății, acordate în unități de tip ambulator, casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate luând în calcul tarifele pe serviciu stabilite prin norme. Până la data de 15 a fiecărei luni casele de asigurări de sănătate avansează furnizorilor de servicii medicale prevăzute la art. 40 sumele aferente, urmând ca la finele trimestrului, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare, să facă regularizarea sumelor convenite, în funcție de serviciile efectiv prestate, de tarifele pe serviciu și de sumele alocate în cursul trimestrului respectiv.

(2) Pentru serviciile medicale de reabilitare a sănătății, acordate în spitale, sumele contractate cu furnizorii din asistența medicală de reabilitare a sănătății au în vedere toate cheltuielile spitalului, care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul de asigurări sociale de sănătate, inclusiv medicamente și materiale sanitare care se acordă asiguraților în spital.

(3) Stabilirea sumelor la care au dreptul unitățile medicale spitalicești se determină trimestrial de către conducerea acestor unități cu reprezentantul caselor de asigurări de sănătate, pe baza unor indicatori stabiliți în contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL VIII

Asistența cu medicamente în tratamentul ambulatoriu

Art. 43. — Asigurații au dreptul la medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 44. — Serviciile farmaceutice se asigură de către farmaciile autorizate de către Ministerul Sănătății, cu avizul prealabil al Colegiului Farmaciștilor din România, și acreditate potrivit legii, care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 45. — (1) Plata cheltuielilor aferente medicamentelor prescrise în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală se face în baza contractului de furnizare de servicii farmaceutice, încheiat între casele de asigurări de sănătate și farmaciile, și se decontează de către casele de asigurări de sănătate printr-un compartiment distinct, pe baza unor evidențe organizate la nivel de medic.

(2) Fondul pentru asistența cu medicamente în tratamentul ambulatoriu reprezintă un quantum distinct alocat din Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical.

Art. 46. — (1) Lista cu denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente, de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România, în baza contractului-cadru.

(2) Prețurile de referință ale medicamentelor cu contribuție personală de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală se stabilesc de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și a Colegiului Medicilor din România.

(3) La 3 luni după introducerea listei elaborate conform art. 4 din prezenta hotărâre a Guvernului, în cazul în care aceasta se dovedește necorespunzătoare, Ministerul

Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România și Colegiul Farmaciștilor din România analizează situația și adoptă toate măsurile care se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului de compensare a medicamentelor.

Art. 47. — Decontarea medicamentelor prescrise în tratament ambulatoriu se face pe baza prețurilor de referință în vigoare la data achiziționării medicamentului de către farmacie.

Art. 48. — Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor de uz uman este prevăzut la art. 4 din prezenta hotărâre a Guvernului și în anexa nr. 1 la prezentul contract-cadru.

CAPITOLUL IX

Dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice

Art. 49. — (1) Asigurații au dreptul la materiale sanitare, proteze, orteze, destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, pe baza prescripției medicale, cu sau fără contribuție personală. Lista materialelor sanitare, protezelor și ortezelor se elaborează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) Modul de procurare, obligațiile furnizorilor și ale beneficiarilor, precum și modul de decontare se stabilesc prin norme.

(3) Contribuția personală a asiguraților se stabilește în funcție de prețurile de referință stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, prin norme.

(4) Materialele sanitare, protezele și ortezele pot fi furnizate numai de persoane fizice sau juridice acreditate de casele de asigurări de sănătate.

(5) Fondul pentru rambursarea cheltuielilor cu dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice reprezintă un quantum distinct alocat din Fondul de asigurări sociale de sănătate, aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical.

CAPITOLUL X

Îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 50. — Asigurații au dreptul la asistență medicală la domiciliu, dacă este necesară și indicată de medic. Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către medicul de familie pe lista căruia figurează asiguratul, în limitele competenței acestuia, sau de către medicul specialist, după caz, precum și de alt personal sanitar acreditat, numai la recomandare și sub control medical. Condițiile de acordare a asistenței medicale la domiciliu se stabilesc prin norme.

CAPITOLUL XI

Servicii speciale

Art. 51. — Casele de asigurări de sănătate pot contracta cu serviciile de ambulanță servicii de transport, dacă acestea sunt necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, în cazul urgențelor medicale și în cazurile stabilite prin norme.

CAPITOLUL XII

Servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor

Art. 52. — (1) Lista serviciilor medicale pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copiilor, care sunt suportate de casele de asigurări de sănătate, se stabilește prin norme.

(2) Asigurații în vârstă de peste 30 de ani au dreptul la un control în fiecare an pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate. Aceste afecțiuni se stabilesc anual de către comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România. Controlul este efectuat de către medicii de familie, fiind inclus în pachetul de servicii medicale stabilit prin norme.

Art. 53. — (1) Casele de asigurări de sănătate colaborează cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România, cu medicii cu experiență, cu unitățile sanitare și cu organizațiile neguvernamentale, pentru întocmirea și realizarea de programe de sănătate finanțate integral sau parțial de la bugetul asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate colaborează cu direcțiile de sănătate publică și cu Ministerul Sănătății pentru realizarea serviciilor preventive care se finanțează de la bugetul de stat.

CAPITOLUL XIII

Informarea corespunzătoare a asiguraților

Art. 54. — În scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății, asigurații sunt informați permanent despre mijloacele de păstrare a sănătății, de reducere și de evitarea a cauzelor de îmbolnăvire.

Art. 55. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România și cu Colegiul Farmaciștilor din România, este obligată să folosească orice mijloc de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților.

Art. 56. — În vederea informării sistematice a asiguraților, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va edita un periodic, iar împreună cu Colegiul Medicilor din România va edita un anuar de informare generală a asiguraților, care va fi distribuit gratuit acestora, din fondurile Ministerului Sănătății.

ANEXA Nr. 1

la contractul-cadru

Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală

I. Prescrierea medicamentelor

1. Asigurații au dreptul la medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii din unitățile sanitare care au încheiat convenții cu casele de asigurări de sănătate.

2. Prescrierea și eliberarea medicamentelor se fac prin consemnarea obligatorie în carnetul de sănătate la purtător, de către medic și farmacist, a datelor din prescripția medicală.

3. Prescripțiile medicale cuprind medicamentele care se acordă fără contribuție sau cu plata contribuției personale. Prescripția medicală se eliberează, la externarea bolnavului,

de către medicii din cabinetele medicale și de către medicii din spitale, cu care casele de asigurări de sănătate au încheiat convenție de furnizare de servicii medicale. Nu pot elibera prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală medicii stagiați și rezidenții.

4. Prescripția medicală poartă, în mod obligatoriu, codul medicului și specialitatea. Inscriciunea codului pe prescripția medicală se face prin aplicarea parafei, care conține, în mod obligatoriu, codul medicului.

5. Prescripția medicală fără cod și fără semnătură (conform specimenului de semnătură depus la casa de asigurări de sănătate cu care medicul încheie convenție de furnizare de servicii medicale) este nulă și nu poate fi onorată de către farmacii.

6. Prescrierea medicamentelor se face de către medici, exclusiv în limita specialității pe care o au, cu excepția medicilor de familie care pot prescrie medicamente conform recomandărilor date de medicii specialiști.

7. Medicii au obligația de a înscrie în documentele medicale ale unității, precum și în carnetul de sănătate al bolnavului datele corespunzătoare formularelor tipizate (numele, prenumele, domiciliul, locul de muncă, profesia, vârsta, sexul, data consultației, diagnosticul, tratamentul prescris, numărul carnetului de sănătate).

8. Decadal, casele de asigurări de sănătate plătitore ale sumelor compensatorii pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în tratamentele ambulatorii urmăresc evoluția consumului de medicamente comparativ cu bugetul alocat acestei categorii de cheltuieli și, în cazul consumurilor nejustificate, sesizează comisiile de control al calității serviciilor medicale, conform Legii nr. 145/1997.

9. Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu sau fără contribuție personală constituie documente financiar-contabile conform cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

10. Prescripția medicală este document cu regim special, se întocmește în trei exemplare și cuprinde denumirea și sediul unității medicale, numele, prenumele și adresa completă a asiguratului, numărul carnetului de sănătate, numărul din registrul de consultație, diagnosticul, ștampila unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care eliberează prescripția medicală, semnătura și parafa medicului. Toate prescripțiile medicale poartă, în mod obligatoriu, ștampila cu codul medicului, cod înregistrat conform legii. Toate datele vor fi înscrise lizibil și fără modificări, ștersături sau adăugări.

11. Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3 zile în afecțiuni acute, până la 8–10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

12. Numărul medicamentelor care pot fi prescrise pentru un bolnav la o consultație poate fi de 1–3 produse. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și în litere.

13. Casele de asigurări de sănătate nu decontează contravaloarea medicamentelor peste cota de 400.000 lei pe prescripția medicală.

14. Pentru controlul consumului de medicamente, casele de asigurări de sănătate pot stabili plafoane valorice lunare pe fiecare medic, în limita cărora medicii pot prescrie medicamente.

II. Eliberarea medicamentelor

15. Eliberarea medicamentelor se face numai la nivelul farmaciilor și numai pe baza prescripției medicale și a carnetului de sănătate.

16. Eliberarea medicamentelor se face la orice farmacie cu care casele de asigurări de sănătate au încheiat convenție pentru eliberarea medicamentelor. Primitorul completează pe versoul prescripției medicale numele, prenumele, adresa completă, seria și numărul actului de identitate și semnează de primire pentru medicamentele eliberate.

17. La eliberarea medicamentelor farmacia va încasa diferența de 20% din prețul de referință, suportată de asigurat, precum și eventualele diferențe dintre prețul de vânzare și prețul de referință. În situația în care primitorul renunță la o parte din medicamentele cuprinse în prescripția medicală, acestea nu se eliberează și se anulează, nefiind permisă compensarea prin medicamente a sumei pe care, potrivit reglementărilor legale, o suportă asiguratul.

18. Farmaciile nu pot înlocui medicamentele prescrise pe prescripția medicală cu alte medicamente similare în cadrul aceluiași denumiri comune internaționale, în cazul absenței din farmacie a medicamentului prescris. În cazul în care medicul indică numai denumirea substanței active, farmacistul are obligația de a elibera medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie.

19. Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

20. Farmacistul notează prețurile integrale ale medicamentelor, le totalizează și menționează pe prescripția medicală atât suma totală, cât și suma aferentă cotei de 80% din prețul de referință suportat de casele de asigurări de sănătate.

21. Medicamentele care nu au fost eliberate de farmacie se anulează cu o linie, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale. Farmacistul are obligația să consemneze în carnetul de sănătate, sub semnătură, medicamentul și cantitatea eliberată.

22. Prevederile pct. 16–22 se aduc la cunoștință asiguraților prin afișare la loc vizibil în farmacii.

III. Modul de decontare

23. Prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentelor cu sau fără contribuție personală, corespunzătoare denumirilor comune internaționale cuprinse în Lista denumirilor comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor cu sau fără contribuție personală, se acoperă în proporție de 80% din prețul de referință de către casele de asigurări de sănătate din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical, iar asiguratul suportă 20% din prețul de referință, precum și diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință.

24. Decontarea medicamentelor prescrise în tratamentul ambulatoriu se face pe baza prețurilor de referință în vigoare la data achiziționării medicamentelor de către farmacie.

25. Casele de asigurări de sănătate decontează sumele aferente medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală farmaciilor cu care au fost încheiate convenții de furnizare de servicii farmaceutice pentru medicii din cadrul unităților sanitare care au încheiat convenții cu casele de asigurări de sănătate.

26. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pe case de asigurări de sănătate, în care fiecare prescripție medicală poartă un număr curent. Același număr este notat pe fiecare prescripție medicală. Borderourile se întocmesc în două exemplare, specificându-se suma ce urmează a fi încasată de la casele de asigurări de sănătate. Aceste borderouri se depun la casa de asigurări de

sănătate cu care farmacia a încheiat convenție de furnizare a serviciilor farmaceutice.

27. În vederea decontării medicamentelor cu sau fără contribuție personală, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, la termenele stabilite în convențiile de furnizare de servicii sau ori de câte ori este nevoie, următoarele acte în original: factura, borderoul centralizator și prescripțiile medicale.

28. Suma totală va fi achitată farmaciilor de către casele de asigurări de sănătate la termenele stabilite în convențiile de furnizare de servicii farmaceutice.

29. Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

30. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să analizeze lunar, în consiliile de administrație, modul de gestionare a fondurilor, precum și prescrierea și eliberarea medicamentelor, luând măsurile care se impun.

31. În cazul încălcării dispozițiilor legale se întocmesc acte de constatare și de sesizare ale organelor competente, potrivit răspunderii juridice care rezultă din actul de constatare.

LISTA

denumirilor comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor care se eliberează cu contribuția bolnavilor

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. ACENOCOUMAROLUM | 49. DICLOFENACUM |
| 2. ACETAZOLAMIDUM | 50. DIGOXINUM |
| 3. ACICLOVIRUM | 51. DYHIDRALAZINUM |
| 4. ACIDUM CHLOROGLYCICUM (și săruri) | 52. DILTIAZEMUM |
| 5. ACIDUM FOLICUM | 53. DISOPYRAMIDUM |
| 6. ACIDUM NALIDIXICUM | 54. DORZOLAMIDUM |
| 7. ACIDUM PARA-AMINOBENZOICUM | 55. DOXYCICLINUM |
| 8. ACIDUM VALPROICUM (și sărurile) | 56. ENALAPRILUM |
| 9. ALLOPURINOLUM | 57. ERYTHROMYCINUM |
| 10. ALLYLESTRENOLUM | 58. METHINYLESTRADIOLUM |
| 11. AMANTADINUM | 59. ETHOSUXIMIDUM |
| 12. AMILORIDUM | 60. FENOTEROLUM |
| 13. AMINOPHYLLUM | 61. FERROSII FUMARAS |
| 14. AMIODARONUM | 62. FERROSII GLUCONAS |
| 15. AMITRIPTYLINUM | 63. FERROSII GLUTAMAS |
| 16. AMLODOPINUM | 64. FINASTERIDUM |
| 17. AMOXICILLINUM | 65. FLUCONAZOLUM |
| 18. AMPICILLINUM | 66. FLUMETASONUM |
| 19. ATENOLOLUM | 67. FLUOCINOLONI ACETONIDUM |
| 20. AZATHIOPRINUM | 68. FLUOXETINUM |
| 21. BECLOMETASONUM | 69. FLUPHENAZINUM |
| 22. BENZATHINI BENZYL PENICILLINUM | 70. FLUTAMIDUM |
| 23. BENZYL PENICILLINUM | 71. FUROSEMIDUM |
| 24. BENZYL PENICILLINUM PROCAINICUM | 72. GENTAMICINUM |
| 25. BUDESONIDUM | 73. GONADOTROPHYNUM CHORIONICUM |
| 26. BEZAFIBRATUM | 74. GRISEOFULVINUM |
| 27. CALCITONINUM | 75. HALOPERIDOLUM |
| 28. CALCITRIOLUM | 76. HYDROCHLOROTHIAZIDUM |
| 29. CAPTOPRILUM | 77. HYDROCORTISONUM |
| 30. CARBAMAZEPINUM | 78. HYDROXICHLOROQUINUM |
| 31. CEFACLORUM | 79. INDOMETHACINUM |
| 32. CHINIDINI SULFAS | 80. ISOSORBIDI DINITRAS |
| 33. CHLOROPYRAMIMUM | 81. KALII IODIDUM |
| 34. CHLOROTRIANISENUM | 82. KANAMYCINUM |
| 35. CHLORPHENAMINUM | 83. KETOCONAZOLUM |
| 36. CHLORPROMAZINUM | 84. LEVODOPUM + CARBIDOCUM |
| 37. CHLORTALIDONUM | 85. LEVODOPUM + BEZANSERIDUM |
| 38. CHLORZOXAZONUM | 86. LEVOMEPRIMAZINUM |
| 39. CIPROFLOXACINUM | 87. LEVOTHYROXINUM |
| 40. CLEMASTINUM | 88. LITHII CARBONAS |
| 41. CLONIDINUM | 89. LORATADINUM |
| 42. COLCHICINUM | 90. LYNRESTRENOLUM |
| 43. COMBINAȚII HIPOTENSOARE | 91. MAPROTILINUM |
| 44. CYANCOBALAMINUM | 92. MEBENDAZOLUM |
| 45. DANAZOLUM | 93. MEDROXIPROGESTERONUM |
| 46. DESMOPRESSINUM | 94. MENOTROPINUM |
| 47. DEXAMETHASONUM | 95. METHIONINUM |
| 48. DIAZEPAMUM | 96. METHOXALENUM (AMMOIDINUM) |

- | | |
|---------------------------------|---|
| 97. METHYLTHIOURACILUM | 129. PROGESTERONUM |
| 98. METOPROLOLUM | 130. PROPAFENONUM |
| 99. METRONIDAZOLUM | 131. PROPRANOLOLUM |
| 100. MEXILETINUM | 132. PYRODOSTIGMINI BROMIDUM |
| 101. MIANSERINUM | 133. PYRVINII CHLORIDUM |
| 102. NATRII FLUORIDUM | 134. RANITIDINUM |
| 103. NEOMYCINUM | 135. SALBUTAMOLUM |
| 104. NICLOSAMIDUM | 136. SALMETEROLUM |
| 105. NIFEDIPINUM | 137. SIMVASTATINUM |
| 106. NITROFURANTOINUM | 138. SPIRONOLACTONUM |
| 107. NITROGLYCERINUM | 139. STREPTOMYCINUM |
| 108. NIZATADINUM | 140. SULFAMETHOXAZOLUM + TRIMETHOPRIMUM |
| 109. NORFLOXACINUM | 141. SULFASALAZINUM |
| 110. NYSTATINUM | 142. TERBUTALINUM |
| 111. OMEPRAZOLUM | 143. TESTOSTERONUM |
| 112. OXACILLINUM | 144. TETRACYCLINUM |
| 113. PENICILLAMINUM | 145. THEOPHYLINUM |
| 114. PENTAERITHRYLI TETRANITRAS | 146. THIAMAZOLUM |
| 115. PENTOXIFYLLINUM | 147. THIOPROPERAZINUM |
| 116. PHENOBARBITALUM | 148. THIORIDAZINUM |
| 117. PHENOXYMETHYLPENICILLINUM | 149. TICLOPIDINUM |
| 118. PHENYTOINUM | 150. TIMOLOLUM |
| 119. PHYTOMENADIONUM | 151. TINIDAZOLUM |
| 120. PILOCARPINUM | 152. TRIAMCINOLONUM |
| 121. PIMOZIDUM | 153. TRIMETHOPRIMUM |
| 122. PIPERAZINUM | 154. TRIFLUOPERAZINUM |
| 123. PODOPHYLLOTOXINUM | 155. TRIHEXYPHENIDYLLUM |
| 124. PRAVASTATINUM | 156. VASSOPRESSINI |
| 125. PRAZQUANTELUM | 157. VERAPAMILUM |
| 126. PRAZOSINUM | 158. WARFARINUM |
| 127. PREDNISONUM | 159. XANTINOLI NICOTINAS |
| 128. PROCHLORPERAZINUM | |

LISTA

denumirilor comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor fără contribuție personală, în ambulatoriu

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1. ACIDUM RETINOICUM | 21. CLOZAPINUM | 41. FLUVOXAMINUM |
| 2. ADENININĂ | 22. CYCLOBARBITALUM | 42. FOTEMUSTINUM |
| 3. AMFASTINUM | 23. CYCLOPHOSPHAMIDUM | 43. GANCICLOVIRUM |
| 4. AMINOGLUTETHINIDUM | 24. CYTARABINUM | 44. GEMCITABINUM |
| 5. ASPARAGINAZUM | 25. DACARBAZINUM | 45. GLIBENCLAMIDUM |
| 6. AZATHIOPRINUM | 26. DACTINOMYCINUM | 46. GLICAZIDUM |
| 7. BACLOFENUM | 27. DAPSONUM | 47. GLIPIZIDUM |
| 8. BIPERIDENUM | 28. DAUNORUBICINUM | 48. GLIQUIDONUM |
| 9. BLEOMYCINUM SULFAS | 29. DOCETAXOLUM | 49. GOSERELINUM |
| 10. BROMAZEPAMUM | 30. DOXEPINUM | 50. GRANISETRONUM |
| 11. BROMCRIPTINUM | 31. DOXORUBICINUM | 51. HYDROXYCARBAMIDUM |
| 12. BUFORMINUM | 32. EPIRUBICINUM | 52. HYDROXYCHLORAQUINUM |
| 13. BUSPIRONUM | 33. ETHAMBUTOLUM | 53. IDARUBICINUM |
| 14. BUSULFANUM | 34. ETHOSUXIMIDUM | 54. IFOSFAMIDUM |
| 15. CALCII FOLINAS | 35. ETOPOSIDUM | 55. IMIPRAMINUM |
| 16. CARBOPLATINUM | 36. FILGRASTIMUM | 56. INSULINE |
| 17. CHLORAMBUCILUM | 37. FLUNITRAZEPAMUM | 57. ISONIAZIDUM |
| 18. CLOROQUINUM | 38. FLUOROURACILUM | 58. LAMOTRIGINUM |
| 19. CISPLATINUM | 39. FLUPHENAZINUM | 59. LITHII CARBONAS |
| 20. CLOMIPRAMINUM | 40. FLUSPIRILENUM | 60. LOMUSTINUM |

61. MEGESTROLUM	85. THIOPROPERAZINUM	109. INTERFERONUM ALFA***)
62. MELPHALANUM	86. THIORIDAZINUM	110. INTERFERONUM BETA***)
63. MERCAPTOPURINUM	87. THIOTEPUM	111. MILTEFOSINUM***)
64. MESNUM	88. TIANEPTINUM	112. MOCLOBEMIDUM***)
65. METFORMINUM	89. TIOGUANINUM	113. MOLGRAMOSTINUM***)
66. METHOTREXATUM	90. TOLBUTAMIDUM	114. MYCOPHENOLATUM***)
67. MIANSERINUM	91. TRETINOINUM	115. PYRIMETHAMINUM***)
68. MORPHINUM**)	92. TRIMIPRAMINUM	116. RIFABUTINUM***)
69. NITRAZEPAMUM	93. VINBLASTINUM	117. RISPERIDONUM***)
70. NORTRIPTYLINUM	94. VINCRISTINUM	118. SERTRALINUM***)
71. ONDANSETRONUM	95. VINDESINUM	119. TIAPRIDUM***)
72. OXAZEPAMUM	96. VINOELBINUM	120. TOPOTECANUM***)
73. PACLITAXELUM	97. ZUCLOPENTHIXOLUM	121. TROPISETRONUM***)
74. PAROXETINUM	98. SACCHARINUM	122. VIGABATRINUM***)
75. PERICIAZINUM	99. NATRII CYCLAMAS	123. LENOGRASTINUM***)
76. PETHIDINUM**)	100. ASPARTAMUM	124. THYMOSTIMULINUM***)
77. PIPOTIAZINUM	101. ALPRAZOLAMUM***)	125. ZIDOVUDINUM***)
78. PRIMIDONUM	102. CARDIOXANUM***)	126. ZALCITABINUM***)
79. PROCARBAZINUM	103. CYCLOSERINUM***)	127. LAMIVUDINUM***)
80. PYRAZINAMIDUM	104. CICLOSPORINUM***)	128. RITORNAVIR***)
81. RIFAMPICINUM	105. FORMESTANUM***)	129. SAQUINAVIR***)
82. SELEGILINUM	106. FOSFESTROLUM***)	130. STAVUDINUM***)
83. TAMOXIFENUM	107. FOSFOMYCINUM***)	131. INDINAVIR***)
84. TERIZIDONUM	108. GABAPENTINUM***)	132. VALACYCLOVIRUM***)

**) Prescripție în regim de timbru sec.

***) Prescripție limitată, numai cu aprobarea comisiei de pe lângă casele de asigurări de sănătate.

*ANEXA Nr. 2
la contractul-cadru*

MODUL DE PROCURARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE-ETALON, OBLIGAȚIILE FURNIZORILOR ȘI ALE BENEFICIARILOR ȘI MODUL DE DECONTARE

I. Procedura de înregistrare a cererilor și acordarea dispozitivelor medicale

1. Dispozitivele medicale se acordă pe baza cererilor scrise, înregistrate la casele de asigurări de sănătate în a căror rază teritorială își are domiciliul sau reședința persoana îndreptățită.

2. Cererea se întocmește de beneficiar, de reprezentantul legal al acestuia sau de orice persoană împuternicită în acest sens.

3. Cererea va fi însoțită de actul care certifică calitatea de asigurat, precum și de recomandarea medicală pentru dispozitivul medical.

4. La cererea de procurare a dispozitivelor medicale destinate corectării auzului se anexează și audiograma elaborată de clinica de specialitate sau de serviciile de specialitate autorizate de Ministerul Sănătății.

5. Recomandarea medicală se eliberează de medicul de specialitate.

6. Aprobarea procurării dispozitivelor medicale se face prin decizie a directorului general al caselor de asigurări de sănătate.

7. Decizia privind procurarea dispozitivelor medicale se comunică beneficiarilor în termen de cel mult 3 zile de la data înregistrării cererii.

8. Un exemplar al deciziei privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale, cererea și actele doveditoare de arhivează la emitent.

II. Procedura de procurare a dispozitivelor medicale

9. Comanda pentru procurarea dispozitivului medical se emite de beneficiar. Acesta se adresează furnizorului avizat de Ministerul Sănătății.

Beneficiarul alege furnizorul din lista producătorilor și comercianților, acreditați de Ministerul Sănătății.

10. Modul de furnizare a dispozitivelor medicale și condițiile de plată se stabilesc prin convenții cu furnizorii de dispozitive medicale.

11. Decontarea dispozitivelor medicale se face la prețul cel mai mic al produsului considerat produs-etalon. Dacă beneficiarul asigurat dorește alt produs cu caracteristici tehnico-medice superioare produsului-etalon, va suporta diferența dintre prețul acestuia și prețul produsului-etalon.

Prețul produsului-etalon se avizează și se ajustează după însușirea acestuia de către Oficiul Concurenței.

12. Diferența dintre prețul de livrare al dispozitivului medical și contribuția suportată de casele de asigurări de sănătate se suportă de beneficiar și se achită direct furnizorului.

III. Categoriile de dispozitive medicale, termenul de garanție, repararea și înlocuirea acestora

13. Categoriile de dispozitive medicale-etalon, termenele de înlocuire a acestora, precum și dispozitivele medicale care sunt supuse reparațiilor sunt prevăzute în nomenclatorul stabilit de Ministerul Sănătății.

14. Termenul de garanție este cel prevăzut de norma de fabricație pentru fiecare produs. În cadrul acestui termen beneficiarii pot reclama executarea necorespunzătoare, calitatea sau deteriorarea dispozitivului medical, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului.

Repararea sau înlocuirea produsului respectiv cu altul corespunzător, în cadrul termenului de garanție, se asigură și se suportă de către furnizor.

15. Repararea dispozitivelor medicale după expirarea termenului de garanție se asigură de către furnizori.

16. Repararea dispozitivelor medicale după expirarea termenului de garanție se aprobă pe baza următoarelor acte:

- a) cererea persoanei îndreptățite;
- b) carnetul de asigurat sau alte acte care atestă calitatea de asigurat.

Cuantumul contribuției personale pentru repararea dispozitivului medical este de până la 50% din valoarea acestuia și se acordă o singură dată între termenele de acordare a unui nou dispozitiv.

17. Pentru copiii și tinerii în vârstă de până la 18 ani, precum și pentru cei care sunt elevi sau studenți în instituțiile de învățământ prevăzute de lege, fără a depăși vârsta de 26 de ani, dispozitivele medicale vor fi înlocuite sau reînnoite ori de câte ori va fi necesar, avându-se în vedere procesul de dezvoltare somatică a acestora.

IV. Gestionarea fondurilor din care se decontează dispozitivele medicale

18. Fondurile necesare pentru procurarea dispozitivelor medicale se prevăd și se suportă din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestațiilor de servicii cu caracter medical și reprezintă un quantum distinct.

19. Decontarea la furnizori a dispozitivelor medicale se face de către casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor de plată emise de furnizorii cu care au încheiat convenții, după confirmarea primirii de către beneficiar a dispozitivului medical.

Documentul de plată emis de furnizor este însoțit de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului și a actului de identitate al acestuia (seria, numărul, emitentul) sau a documentației care confirmă expedierea și primirea la domiciliu.

V. Obligațiile furnizorilor și ale beneficiarilor de dispozitive medicale

20. Furnizorii dispozitivelor medicale au următoarele obligații:

a) să confecționeze dispozitivul medical la parametrii tehnico-medicali corespunzători deficienței pentru care a fost recomandat;

b) să livreze la termen dispozitivului medical comandat și să asigure primirea acestuia de către beneficiar;

c) să execute orice modificare necesară dispozitivului medical în cazul în care nu au fost respectate specificațiile din recomandarea medicului specialist;

d) să verifice la livrare adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical confecționat și să facă un instructaj privind folosirea acestuia.

21. Beneficiarii dispozitivelor medicale au următoarele obligații:

a) să întrețină dispozitivele medicale în bune condiții;

b) să nu modifice caracteristicile funcționale ale dispozitivelor medicale;

c) să păstreze numărul și data ștanțate pe dispozitivul medical;

d) să ridice dispozitivul medical solicitat la data stabilită de furnizor;

e) să anunțe furnizorul cu cel puțin 7 zile înainte dacă din motive bine întemeiate nu se poate prezenta la data stabilită pentru ridicarea dispozitivului medical;

f) să nu înstrăineze dispozitivele medicale achiziționate.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,
cont nr. 30.98.12.301 B.C.R. — S.M.B.

Adresa pentru publicitate : Serviciul relații cu publicul și agenții economici, București,
Str. Blanduziei nr. 1, sectorul 2, telefon 211.57.30.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 668.55.58 și 335.01.11/2178.