



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul XI — Nr. 436

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Marti, 7 septembrie 1999

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ORDINE	
143/792.	— Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor de sănătate pe anul 1999, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 312/1999...	1-64

ORDINE

CASA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 143/13 august 1999

COLEGIUL
MEDICILOR DIN ROMÂNIA
Nr. 792/13 august 1999

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 312/1999

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și președintele Colegiului Medicilor din România, în temeiul:

- art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999;
 - prevederilor Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 114 din 19 martie 1999;
 - Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, modificată și completată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/1998;
 - Legii nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România,
- emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, aprobat prin Hotărârea Guvernului

nr. 312/1999, conform anexei care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prezentul ordin intră în vigoare la data publicării lui în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
prof. dr. Alexandru Ciocâlțeu

Președintele Colegiului Medicilor din România,
conf. dr. Mircea Cintează

NORME METODOLOGICE

**de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale
în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 312/1999**

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

1. Prezentele norme sunt elaborate în baza Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999.

2. Sumele destinate fiecărui domeniu al asistenței medicale se stabilesc pe baza unor cote procentuale, din bugetul alocat, după cum urmează:

- asistența primară — 15,5%
- ambulatoriul de specialitate — 11,75%,
din care: —3,25% pentru investigații paraclinice
—8,5% pentru consultații și tratamente (din care se alocă o cotă distinctă pentru ambulatoriul de spital)
- servicii medicale spitalicești — 40%
- dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice — 3%
 - medicamente — 20%
 - servicii medicale de urgență prespitalicești — 4,5%
 - asistența stomatologică — 4,25%
 - servicii medicale de reabilitare a sănătății — 1%.

Acestea pot fi modificate — în situații excepționale — prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România. Aceste cote procentuale se raportează la nivel național, în termen de 25 de zile de la încheierea fiecărui trimestru. În cazul nerespectării cotelor inițiale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România vor conveni de comun acord redistribuirea acestora.

3. Normele pot fi actualizate trimestrial, după caz.

4. Decontarea serviciilor și a cheltuielilor aferente îngrijirii sănătății populației se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice și din alte surse, conform legislației în vigoare. În sistemul de asigurări sociale de sănătate pot fi admiși să lucreze numai medicii și personalul sanitar acreditat. Furnizorii de servicii medicale pot să contracteze asigurări de răspundere civilă, ținând seama de standardele oferite de sistemul de asigurare pentru răspunderea civilă organizat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform art. 41 din Legea nr. 145/1997.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate poate stabili priorități în funcție de fondurile alocate în ordinea de plată a contractelor, respectându-se strict termenii și termenele de plată prevăzute în contract.

5. Valoarea de referință a prestației medicale efectuate nemijlocit în toate segmentele asistenței medicale, pe baza

raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate este cea a medicului primar. Medicul specialist va fi plătit într-o proporție de minimum 80%, iar medicul care nu a promovat un examen de specialitate va fi plătit într-o proporție de minimum 75% din valoarea prestației medicului primar. Decizia de suplimentare a venitului peste 80%, respectiv 75%, aparține caselor de asigurări de sănătate, cu aprobarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

6. Plata consultațiilor pentru supravegherea și urmărirea bolilor cronice (prevăzute prin ordin al ministrului sănătății) este acoperită din fondurile programelor de sănătate ale Ministerului Sănătății.

7. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România elaborează modele de contracte pentru furnizarea de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice (anexa nr. 1).

8. Nerespectarea obligațiilor contractuale de către oricare dintre părți conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului. Neplata, în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative, a sumelor datorate, prevăzute în contractele de furnizare de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, cu respectarea art. 14 pct. 1 lit. a) și d) din Legea nr.145/1997 atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat, care vor fi stipulate în mod obligatoriu în contractele de furnizare de servicii.

9. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România organizează un program de educație medicală continuă a furnizorilor de servicii de sănătate, individualizat pe tipuri de activitate.

10. Calitatea de asigurat se dovedește cu carnetul de asigurări sociale pentru sănătate, iar pentru pensionari, cu talonul de pensie. Modelul carnetului este unic și este stabilit de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

La intrarea în vigoare a prezentelor norme se modifică în mod corespunzător prevederile pct. 10 din Normele privind modul de încasare a contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 114 din 19 martie 1999.

11. Persoanele care, potrivit Legii nr.145/1997, aveau obligația să se asigure și care nu dovedesc calitatea de asigurat și plata la termenele stabilite de lege a contribuției suportă integral contribuția datorată la asigurările de sănătate, inclusiv majorările de întârziere.

CAPITOLUL II

Asistența medicală primară

1. Reprezentantul legal al cabinetului medical din asistența medicală primară încheie contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate. Reprezentantul legal al cabinetului medical este medicul titular, în cazul cabinetelor individuale, medicul delegat, în cazul cabinetelor asociate sau administratorul societății civile medicale. În vederea încheierii contractelor reprezentantul legal al cabinetului medical trebuie să prezinte următoarele documente pentru medicii de familie pe care îi reprezintă: codul fiscal, dovada de acreditare ca medic de familie, autorizația sanitară pentru un spațiu privat, închiriat sau concesionat, conform legii, și cont deschis la o bancă.

Cabinetele organizate ca persoane juridice sau care funcționează în structuri ale unor unități cu personalitate juridică vor fi reprezentate la contractare de reprezentantul legal al persoanei juridice, cu documentele menționate mai sus.

2. Medicul de familie are obligația să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

3. Programul de activitate al fiecărui medic de familie este de 35 de ore pe săptămână, în cabinetul medical sau la domiciliul asiguratului, organizat în funcție de condițiile specifice de zonă. Accesul la asistență medicală permanentă în afara orelor de program, în timpul nopții, sâmbăta, duminica și în sărbătorile legale se organizează pe baza propunerilor medicilor de familie, cu avizul caselor de asigurări de sănătate și al colegiului județean al medicilor, în centre de permanență sau în alte forme de organizare, după caz.

Medicul de familie are obligația să își stabilească programul de activitate, inclusiv modul de organizare a permanenței, acolo unde este cazul, și să îl aducă la cunoștință asiguraților, casei de asigurări de sănătate și direcției de sănătate publică.

4. Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale primare sunt plata *per capita* conform listei proprii cuprinzând asigurații și tariful pe serviciu.

4.1. Plata *per capita* se realizează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și cu structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscriși pe lista medicului de familie, modificat în funcție de condițiile prevăzute la pct. 4.1.2., cu valoarea stabilită pentru un punct.

4.1.1. Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și cu structura pe grupe de vârstă a asiguraților se stabilește astfel:

— numărul de puncte acordat pentru o persoană înscrisă pe listă, în raport cu vârsta asiguratului:

Grupa de vârstă	Sub 1 an	1 – 59 ani	60 și peste 60 ani
Nr. puncte/persoană/an	14,5	10	12,5

La stabilirea numărului de puncte în raport cu numărul și cu structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscriși pe lista proprie a medicului de familie, pentru persoanele care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionate din motive de boală, în locul punctajului aferent grupei de vârstă în care acestea se încadrează se acordă 12,5 puncte/persoană/an;

— în situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și cu structura acestora pe grupe de vârstă este mai mare de 22.000/an, punctele ce depășesc acest nivel se reduc cu 75%, dacă numărul de asigurați înscriși pe lista proprie este mai mare de 2.000. Această corecție nu se aplică medicilor de familie care își desfășoară activitatea în localitățile în care numărul medicilor de familie este sub numărul de posturi publicate conform deciziilor comisiilor paritare de acreditare a personalului medical și neocupate, considerate a fi necesare pentru localitățile respective. Aceste situații speciale se analizează și se avizează de către casele de asigurări de sănătate, împreună cu colegiul județean al medicilor.

4.1.2 Numărul total de puncte rezultat potrivit pct. 4.1.1. se ajustează în următoarele situații:

a) în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, conform Adresei Ministerului Sănătății nr. L.V./1625/63970/21 ianuarie 1994

- pentru zone izolate, cu 20%;
- pentru condiții grele, cu 40%;
- pentru condiții foarte grele, cu 60%.

Cabinetele medicale de asistență medicală primară la care se aplică majorările prevăzute la pct. a) se stabilesc de către casele de asigurări de sănătate și de colegiul județean al medicilor;

b) cu până la 100% pentru medicii care își desfășoară activitatea în localități izolate, cu condiții grele sau foarte grele, cu un număr mic de locuitori, pentru care casele de asigurări de sănătate, împreună cu colegiul județean al medicilor au stabilit ca necesară menținerea unui post de medic sau în cabinetele din localitățile deficitare din punct de vedere al prezenței medicului de familie, cauzată de nivelul socio-economic și educațional al populației, pe baza unor criterii stabilite de casele de asigurări de sănătate, împreună cu colegiul județean al medicilor. Aceste situații se reevaluează permanent.

Pentru condițiile enumerate la lit. a) și b) medicii pot primi stimulente de la consiliile locale și din alte surse legale de venituri decât din fondul de asigurări de sănătate aferent asistenței medicale primare;

c) numărul de puncte calculat conform pct. 4.1.1. se diminuează cu cel mult 20% și 25% în cazul medicilor specialiști, respectiv în cazul medicilor care nu au promovat un examen de specialitate.

4.2 Numărul de puncte acordat pentru serviciile medicale realizate de medicul de familie este:

<u>Serviciul</u>	<u>Număr de puncte/serviciu</u>
— imunizări conform programului național de imunizări:	4 puncte/ inoculare
— antituberculoasă — vaccin BCG	
— revaccinare BCG, inclusiv pentru verificarea cicatricei post primo vaccinare	
— testarea PPD	
— antihepatită B;	
— antipoliomielitică — VPO;	
— împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive — DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);	
— antirujeolic;	
— împotriva difteriei și tetanosului — DT (revaccinare);	
— împotriva difteriei și tetanosului — dT (revaccinare);	
— împotriva tetanosului — dT sau VTA;	
— alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății.	
Acoperirea vaccinală va fi realizată conform Programului național de imunizări.	
— examen de bilanț:	
— copii — la externarea de la maternitate	12 puncte
— la 1 lună	12 puncte
— la 2 luni	8 puncte
— la 4 luni	8 puncte
— la 6 luni	8 puncte
— la 9 luni	8 puncte
— la 12 luni	8 puncte
— de la 2 ani până la 6 ani, anual	6 puncte
— de la 7 ani la 18 ani — o dată pe an un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică clinică)	6 puncte plus 20 puncte/ caz oncologic trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
— peste 18 ani — un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică clinică) o dată la 2 ani	6 puncte plus 20 puncte/caz oncologic trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta

<u>Serviciul</u>	<u>Număr de puncte/serviciu</u>
— control profilactic TBC și boli venerice	
— bolnav TBC nou-descoperit	20 puncte/caz TBC trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
— urmărirea tratamentului specific până la scoaterea din evidență	4 puncte/lună
— bolnav sau contact bolnav veneric descoperit	20 puncte/caz trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
Supravegherea gravidei	
— luarea în evidență	10 puncte
— supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a	8 puncte
— urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni	8 puncte.

Asistența medicală la domiciliul pacientului pentru situațiile prevăzute cu această destinație la pct. 20 (pct. 20.3 — liniuța 8), cu excepția bolnavilor cu boli care beneficiază de gratuitate:

— între orele 8,00—20,00	30 puncte/solicitare
— între orele 20,00—8,00	50 puncte/solicitare.

Continuitatea asistenței medicale

— în zilele lucrătoare între orele 20,00—8,00	5 puncte/oră
— în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale	10 puncte/oră.

5.1 La calculul numărului lunar de puncte, conform pct. 4, se iau în considerare asigurații înscrși pe lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii precedente.

5.2 Mișcarea asiguraților dintr-o grupă de vârstă în alta se face astfel: pentru asigurații din grupa de vârstă 0—1 an — trecerea în grupa de vârstă următoare se face în luna următoare împlinirii vârstei de 1 an; pentru asigurații din grupele de vârstă 1—59 ani, 60 și peste 60 ani, înscrierea în grupele de vârstă respective se face în funcție de vârsta împlinită la data de 1 ianuarie 1999.

6. Pentru perioadele de absență prevăzute de normele legale în vigoare, medicul de familie organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie acreditat sau, în cazurile în care acest lucru nu este posibil, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor cu licență de înlocuire. Licența de înlocuire se acordă de către colegiul județean al medicilor, cu avizul caselor de asigurări de sănătate.

7. Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție cu medicul înlocuitor, avizată de casele de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire referitoare la drepturile și obligațiile medicului înlocuitor. Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului.

Excepție fac situațiile în care reprezentantul legal al cabinetului medical, înlocuit, se află în imposibilitate de a participa la încheierea convenției de înlocuire. În aceste situații, convenția de înlocuire se încheie între medicul înlocuitor și casele de asigurări de sănătate și cuprinde drepturile și obligațiile prevăzute în contractul de furnizare de servicii medicale.

8. Medicii de familie nou-veniți într-o localitate, în cabinetele medicale existente sau nou-înființate, cu avizul colegiului județean al medicilor, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru înscrierea asiguraților pe listele proprii, beneficiază lunar de un venit echivalent cu un salariu din sistemul sanitar bugetar, corespunzător pregătirii și gradului profesional, și de un buget de practică medicală. Dacă medicul de familie, în acest interval de 3 luni, înscrie un număr de minimum 500 de asigurați pe lista proprie, ținând seama și de condițiile specifice de zonă, încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și este plătit conform sistemului *per capita* și pe servicii.

9. Fondul aferent asistenței medicale primare are următoarea structură:

a) 50% pentru plata medicilor de familie, din care:

- 70% pentru plata *per capita*;
- 30% pentru plata pe servicii;

b) 49% pentru bugetul de practică medicală aferent medicilor de familie, cu excepția celor menționate la lit. c);

c) 1% pentru medicii nou-veniți, în vederea exercitării profesiei într-o localitate, în cabinete medicale existente sau nou-înființate.

10. Tehnica de calcul al valorii unui punct este:

10.1. Valoarea estimată a punctului *per capita* pentru anul 1999 este unică pe țară și este stabilită anterior încheierii contractelor. Această valoare se obține prin împărțirea cotei procentuale de 90% din fondul aferent pentru plata *per capita* a medicilor de familie la numărul total de puncte *per capita*, estimat a se realiza în funcție de populația țării și de structura pe grupe de vârstă a acesteia.

10.2. Valoarea estimată a unui punct, obținută în condițiile pct. 10.1, se regularizează trimestrial, în funcție de fondurile prevăzute în buget, de procentul destinat pentru plata *per capita* a medicilor de familie și de numărul de puncte efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct, care nu poate fi mai mică decât valoarea estimată, în condițiile în care bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate nu este modificat, în sensul diminuării, prin acte normative.

10.3. Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu a medicului de familie este unică pe țară și se calculează la finele fiecărui trimestru, astfel: fondul destinat

pentru plata pe serviciu a medicilor de familie împărțit la numărul total de puncte pe servicii realizate de medicii de familie care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Valoarea unui punct astfel obținută este definitivă pentru trimestrul respectiv și estimativă pentru trimestrul următor.

10.4. Pentru primele două luni ale primului trimestru de aplicare a normelor, plata pe serviciu se face lunar, prin achitarea unei sume ce reprezintă 25% din venitul individual *per capita*. La finele trimestrului se va face regularizarea în funcție de serviciile efective prestate și de valoarea calculată a punctului pe serviciu.

11. Pe baza valorii unui punct obținut în condițiile pct. 10.1 și a numărului total de puncte realizat lunar, conform pct. 4.1, precum și în condițiile pct. 10.4 se calculează suma convenită lunar, pentru primele două luni ale fiecărui trimestru. Pe baza valorii unui punct, obținută în condițiile pct. 10.2 și 10.3, se calculează sumele convenite medicilor de familie pe un trimestru. În situațiile în care valoarea definitivă a punctului pentru plata pe serviciu este mai mică decât cea estimată și sumele acordate sunt mai mari decât valoarea prestațiilor efectiv realizate, în luna următoare încheierii trimestrului se fac regularizările între fondul pentru plata *per capita* și fondul pentru plata pe serviciu.

12. Lunar, medicul de familie raportează casei de asigurări de sănătate activitatea medicală efectiv realizată conform pct. 4, care se verifică de către un compartiment special de control al casei de asigurări de sănătate.

13.1. Formularele necesare raportării activității medicilor de familie se elaborează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se procură contra cost de la casele de asigurări de sănătate. Data raportării activității medicilor de familie este stabilită de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

13.2. Asigurații care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris, în maximum 15 zile, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate.

13.3. Reprezentantul legal al cabinetului medical este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În cazul în care se constată raportări eronate, reprezentantul legal al cabinetului medical răspunde material, civil și penal, potrivit dispozițiilor cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale, conform legislației în vigoare.

14.1. Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru vor fi corectate la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicului de familie.

14.2. Erorile de calcul constatate după expirarea trimestrului vor fi corectate până la sfârșitul anului 1999, astfel: numărul de puncte plătit eronat unui medic de familie, în plus sau în minus, într-un trimestru anterior, față de cel realizat se recalculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului *per capita*, pe

serviciu și a punctului pentru bugetul de practică, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea. În situația în care, după încheierea anului financiar 1999, se constată erori de calcul aferente anului respectiv, sumele plătite în plus sau în minus se recalculează conform legii.

15. Cabinetul medical beneficiază de un buget de practică medicală.

15.1. Bugetul de practică medicală prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale se stabilește prin înmulțirea numărului de puncte *per capita*, calculat pe baza numărului și a structurii pe grupe de vârstă a asiguraților înscriși pe lista medicului de familie, care este depusă la casa de asigurări de sănătate anterior încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu bugetul de practică medicală estimat corespunzător unui punct *per capita*. Bugetul de practică medicală estimat corespunzător unui punct *per capita* se calculează raportând fondul destinat pentru bugetul de practică medicală la numărul de puncte *per capita* estimat a se realiza în anul 1999.

Bugetul de practică medicală estimat anual se împarte la 12 luni, obținându-se bugetul lunar care se acordă medicilor de familie pentru primele două luni ale fiecărui trimestru.

Bugetul de practică medicală se recalculează trimestrial, în funcție de:

a) numărul de puncte efectiv realizat, conform pct. 4.1;

b) fondul aprobat prin buget și suma alocată pentru bugetul de practică medicală.

15.2. Reprezentantul legal al cabinetului medical va prezenta caselor de asigurări de sănătate decontul pe categorii de cheltuieli; eventualele sume rămase necheltuite până la sfârșitul anului vor fi alocate pentru bugetul de practică al aceluiași cabinet în anul următor, în condițiile reînnoirii contractului.

16. Bugetul de practică medicală pentru medicii nou-veniți într-o localitate, în cabinete medicale existente sau nou-înființate, se stabilește pentru un număr de 500 de asigurați pe o structură de vârstă echilibrată. Prin *structură de vârstă echilibrată* se înțelege ponderea fiecărei grupe de vârstă în totalul populației țării.

17. Reprezentantul legal al cabinetului medical care nu funcționează în structura unei unități cu personalitate juridică are obligația de a angaja personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile art. 11 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 124/1998, cu obligația de a achita lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat, precum și de a reține, prin stopaj la sursă, impozitele și contribuțiile datorate de personalul angajat, pe care le virează la termenele stabilite de lege. Medicul de familie are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat.

18. Medicul de familie are obligația de a asigura în cadrul serviciilor prevăzute la pct. 20 toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curriculumul de pregătire din specialitatea de medicină generală. De asemenea, medicul face și interpretarea investigațiilor necesare în afecțiunile prevăzute în tematica

pe aparate și sisteme. Casele de asigurări de sănătate și colegiul județean al medicilor, pe baza unor criterii stabilite la nivel național, inițiază un sistem de evaluare a trimerilor către asistența medicală de specialitate a cazurilor ce se dovedesc nejustificate și stabilesc eventualele metode de penalizare a medicilor respectivi.

19. Personalul mediu sanitar poate acorda îngrijiri medicale la domiciliu, după un plan elaborat de către medicul de familie sau de specialitate care are asiguratul în îngrijire.

20. Serviciile medicale care se acordă de către medicul de familie persoanelor asigurate în cabinetul de consultații sau, în cazuri justificate, la domiciliul bolnavului, sunt următoarele:

20.1. Servicii profilactice:

A. Imunizări conform programului național de imunizări:

— evidența persoanelor pentru care există obligația imunizării și colaborarea cu direcția de sănătate publică pentru realizarea imunizărilor:

— antituberculoasă — vaccin BCG;

— revaccinare BCG, inclusiv pentru verificarea cicatricei post primo vaccinare;

— testarea PPD;

— antihepatită B;

— antipoliomielitică — VPO;

— împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive — DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);

— antirujeolică;

— împotriva difteriei și tetanosului — DT (revaccinare);

— împotriva difteriei și tetanosului — dT (revaccinare);

— împotriva tetanosului — dT sau VTA;

— alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății.

Acoperirea vaccinală va fi realizată conform programului național de imunizări.

B. Profilaxia factorilor de risc

C. Controale profilactice TBC, boli venerice etc.

D. Examen de bilanț:

— copii — la externarea de la maternitate, la o lună, la 2 luni, la 4 luni, la 6 luni, la 9 luni, la 12 luni;

— de la 2 ani la 6 ani — anual;

— de la 7 ani până la 18 ani — o dată pe an un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică);

— peste 18 ani — o dată la 2 ani un examen medical complet, inclusiv cu depistare oncologică clinică.

E. Depistarea, izolarea și raportarea cazurilor de boli transmisibile, conform Ordinului ministrului sănătății nr.46/1986

F. Supravegherea gravidei:

— luarea în evidență;

— supravegherea lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a de sarcină;

— urmărirea leuzei — la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni.

G. *Planning familial, în conformitate cu prevederile ordinului ministrului sănătății privind competența în planificare familială*

H. *Screening pentru depistarea cancerului genito-mamar*

20.2. Servicii de urgență:

— asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale;
— trimitere pentru internare în spital sau către medicul de specialitate.

20.3. Servicii medicale curative:

— anamneză, examen obiectiv, diagnostic prezumtiv;
— examene paraclinice minimale la nivelul dispensarului și completare prin trimitere (scrisoare medicală de trimitere, cu scurt rezumat al afecțiunii și cu precizarea motivelor de trimitere);

— diagnostic medical definitiv;
— prescriere de tratament medical și igienico-dietetic;
— servicii de mică chirurgie (perfuzii intravenoase, infiltrații, sondaje vezicale, plăgi etc.);

— trimitere către alte specialități, după caz (scrisoare medicală de trimitere);

— supravegherea asiguraților înscriși pe listă, pentru afecțiunile care necesită dispensarizare, în colaborare cu medicul de specialitate;

— asistență medicală la domiciliu (tratamente injectabile, pansamente, monitorizare):

— copiilor în vârstă de până la 3 ani;
— asiguraților nedepasabili de orice vârstă: în urma intervențiilor majore până la vindecarea completă a plăgii;
— pacienților imobilizați ortopedic;
— pacienților cu insuficiență motorie a trenului inferior;
— bolnavilor în fază terminală;
— în alte situații, la recomandarea medicului de specialitate printr-o scrisoare medicală;
— servicii medicale de îngrijire și de recuperare, la indicația medicului de specialitate;
— educație medico-sanitară;
— eliberare de acte medicale (prescripții medicale).

20.4. Servicii speciale:

— activități în caz de epidemii;
— asigurarea organizării accesului continuu la asistența medicală;

— asigurarea asistenței medicale pentru persoanele asigurate și neînscrise pe lista proprie (numai în caz de urgență medicală, convenție de reciprocitate sau în cazul asigurării permanentei);

— consiliere pentru un stil de viață sănătos.

20.5. Activități de suport:

— eliberare de acte medicale (certIFICATE de concediu medical, certificat de deces, certificate medicale pentru îngrijirea copilului bolnav, conform prevederilor legale). Alte acte medicale legale, solicitate de asigurat, acte medicale solicitate de autorități care, prin activitatea lor, au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților nu se decontează de către casele de asigurări;

— organizarea activității de evidență, completarea la zi a fișei de consultație, a registrelor medicale și raportarea statistică.

21. Medicul de familie poate oferi servicii medicale și altor persoane, în afara listei proprii de asigurați, atât în timpul programului de lucru, cât și în afara acestuia. Plata acestor servicii medicale se face direct de către persoana care a solicitat medicul, pe baza unor tarife stabilite și afișate de către cabinetul medical. Excepție fac situațiile în care există convenție de reciprocitate în funcție de forma de exercitare a profesiei de medic sau convenție de asigurare a permanenței asistenței medicale primare, precum și cazurile de urgență. Veniturile realizate din aceste activități reprezintă venituri ale cabinetului, care se evidențiază și se impozitează în condițiile legii.

CAPITOLUL III

Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu

1. Reprezentantul legal al cabinetului medical din asistența medicală ambulatorie de specialitate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate. Reprezentantul legal al cabinetului medical este medicul titular — în cazul cabinetelor individuale, medicul delegat — în cazul cabinetelor asociate sau grupate și administratorul societății civile medicale. În vederea încheierii contractelor, reprezentantul legal al cabinetului medical trebuie să prezinte următoarele documente pentru medicii pe care îi reprezintă: codul fiscal, dovada de acreditare ca medic de specialitate, autorizația sanitară pentru un spațiu privat, închiriat sau concesionat, conform legii, și cont deschis la o bancă.

Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale cu toate cabinetele medicale acreditate și/sau autorizate conform prevederilor legale.

Cabinetele medicale de specialitate organizate ca persoane juridice sau care funcționează în structuri ale unor unități cu personalitate juridică sunt reprezentate la contractare de reprezentantul legal al persoanei juridice, cu documentele menționate mai sus.

2. Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate reprezintă o cotă procentuală aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical din Fondul de asigurări sociale de sănătate, stabilit prin legea bugetului pe anul 1999.

3. Lista cuprinzând serviciile medicale din ambulatoriul de specialitate conține:

- consultații:
 - inițiale;
 - de control;
- investigații paraclinice;
- tratamente.

4. Casele de asigurări de sănătate decontează numai investigațiile paraclinice efectuate în laboratoarele acreditate de către casele de asigurări de sănătate și de colegiile județene ale medicilor. Investigațiile paraclinice necesare pentru stabilirea diagnosticului în ambulatoriu sau în spital nu se decontează în cazul repetării din motive tehnice sau nemedicale (inclusiv cele la cererea pacientului).

5. Casele de asigurări de sănătate decontează valoarea serviciilor medicale, (altele decât investigațiile paraclinice) care sunt prezentate în anexa nr. 2, luând în calcul

numărul de puncte aferente fiecărui serviciu medical și valoarea unui punct, care este unică pe țară. Decontarea investigațiilor paraclinice se va face la nivelul tarifelor negociate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale. Lista cuprinzând aceste servicii este prezentată în anexa nr.3.

6. Casa Națională de Asigurări de Sănătate calculează valoarea estimată a unui punct, în funcție de:

a) fondul alocat pentru asistența medicală din ambulatoriul de specialitate (exclusiv investigațiile paraclinice) la nivel național;

b) numărul de servicii medicale, pe tipuri de servicii medicale, estimat de către medicii de specialitate a se realiza în anul 1999, și punctajul aferent. Numărul total de puncte estimat pe lună ia în calcul un număr de maximum 28 de consultații și tratamente pe zi la un program de lucru de 7 ore, considerat ca fiind acceptabil din punct de vedere al asigurării calității serviciului medical. Dacă programul de activitate este mai mic de 7 ore pe zi, numărul de consultații și tratamente pe zi se ajustează în funcție de numărul de ore pe care medicul de specialitate le prestează la cabinetul medical. Pentru medicii care lucrează și în spital, numărul maxim de consultații și de tratamente luat în calcul este cel corespunzător unui program de lucru de maximum 4 ore/zi. Acest număr de consultații poate fi regularizat trimestrial sau anual;

c) medicii de specialitate care au contract de muncă în spitale, alții decât medicii stomatologi și medicii de familie, pot lucra în ambulatoriul de specialitate, încheind contracte cu casele de asigurări de sănătate. Tariful fiecărei consultații va fi 50% din tariful minimal al casei de asigurări la care medicul poate adăuga un onorariu distinct;

d) medicii din ambulatoriul de specialitate (alții decât stomatologii sau medicii de familie), care încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, negociază cu acestea, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dreptul de a prescrie rețete cu contribuție personală din partea pacienților și pentru consultațiile oferite în afara contractului.

7. Valoarea unui punct, obținută în condițiile de mai sus, reprezintă valoarea estimată a unui punct, regularizarea făcându-se trimestrial.

8. Pentru primele două luni ale fiecărui trimestru, casele de asigurări de sănătate plătesc sume lunare, în funcție de valoarea estimată a punctului și de numărul de puncte efectiv realizat în fiecare lună. Investigațiile paraclinice se decontează lunar pe baza serviciilor efectiv prestate și a tarifelor negociate.

9. La finele fiecărui trimestru se calculează valoarea definitivă a unui punct și se face recalcularea sumelor convenite, în funcție de serviciile efectiv prestate și de punctele aferente acestora, luându-se în calcul un număr maxim de 28 de consultații și tratamente pe zi, precum și de fondurile aprobate prin buget și de procentul alocat pentru plata serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate.

10. Lunar, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate raportează caselor de asigurări de sănătate activitatea efectiv realizată, care se verifică de către un

compartiment special de control al casei de asigurări de sănătate.

11. Cabinetul medical care nu funcționează în structura unei unități cu personalitate juridică are obligația de a angaja personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile art. 11 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 124/1998, cu obligația de a achita lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat, precum și de a reține, prin stopaj la sursă, impozitele și contribuțiile datorate de personalul angajat, pe care le virează la termenele stabilite de lege. Medicul are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat.

12. Numărul total de puncte realizat se ajustează în raport cu:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea conform Adresei Ministerului Sănătății nr. LV/1.625/63.970 din 21 ianuarie 1994 pentru:

- zone izolate, cu 20%;
- condiții grele, cu 40%;
- condiții foarte grele, cu 60%.

Cabinetele medicale la care se aplică majorările prevăzute mai sus se stabilesc de către casele de asigurări de sănătate și de colegiul județean al medicilor;

b) se diminuează cu maximum 20% în cazul medicilor specialiști care nu au promovat examenul de medic primar.

13. Formularele necesare și data raportării activității medicilor din cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate se stabilesc de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziție cabinetelor ambulatorii de specialitate contra cost de către casele de asigurări de sănătate.

14. Reprezentantul legal al cabinetului medical de specialitate este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În cazul în care se constată raportări eronate, reprezentantul legal al cabinetului medical de specialitate răspunde material, civil și penal, potrivit dispozițiilor cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale, conform legislației în vigoare.

15.1. Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru vor fi corectate la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite.

15.2. Erorile de calcul constatate după expirarea trimestrului vor fi corectate până la sfârșitul anului 1999, astfel: numărul de puncte plătit eronat unui medic de specialitate, în plus sau în minus, într-un trimestru anterior, față de cel realizat se recalculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea la valoarea definitivă a punctului, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea. În situația în care după încheierea anului financiar 1999 se constată erori de calcul aferente anului respectiv, sumele plătite în plus sau în minus se recalculează conform legii.

16. Asigurații se pot prezenta la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate numai pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie, cu excepția situațiilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 312/1999, precum și a următoarelor afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate:

- a) diabet zaharat insulino-dependent;
- b) hemofilie;

- c) leucoze;
- d) limfoame hodgkiniene și nonhodgkiniene;
- e) status post transplant de organe;
- f) infarct miocardic, în primele 12 luni de la externarea din spital;
- g) malformații congenitale care urmează să fie pregătite pentru corecție chirurgicală;
- h) insuficiență renală cronică care necesită epurare extracorporală;
- i) diverse forme de cancer, în primii 5 ani de la depistarea îmbolnăvirii;
- j) psihoze;
- k) bolnavi cu pacemaker, proteze valvulare, by-pass coronarian;
- l) afecțiuni postoperatorii și ortopedice, până la vindecare;
- m) alte situații, la recomandarea comisiilor de specialitate ale Colegiului Medicilor din Romania, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

17. Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate la un alt medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate se face pe baza biletului de trimitere interdisciplinar.

18. Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii, destinat investigațiilor paraclinice, reprezintă o cotă procentuală (3,25%) aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical din Fondul de asigurări sociale de sănătate, stabilit prin legea bugetului pe anul 1999. Din această sumă se utilizează pentru:

- investigații paraclinice recomandate de medicii de familie — 30%;
- investigații paraclinice recomandate de medicii stomatologi — 5%;
- investigații paraclinice recomandate de medicii din ambulatoriul de specialitate — 65%.

19. Investigațiile paraclinice recomandate de medicii care lucrează în spital sunt plătite din bugetul global al spitalului.

20. Sumele alocate sunt repartizate de casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de investigații, de complexitatea și de utilitatea acestora, ținându-se seama de oferta de servicii medicale a fiecărui furnizor.

21. Casele de asigurări de sănătate și colegiile județene ale medicilor pot acredita, în funcție de dotare, unele cabinete să efectueze acele investigații paraclinice corespunzătoare dotării.

22. Formularele necesare raportării activității medicilor și personalului de specialitate pentru investigațiile paraclinice se elaborează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se procură contra cost de la casele de asigurări de sănătate. Data raportării activității medicilor și personalului de specialitate (biologi, chimiști) este stabilită de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

CAPITOLUL IV

Servicii medicale spitalicești

1. Furnizorii de servicii medicale spitalicești încheie contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

2. Fondul aferent asistenței medicale spitalicești reprezintă o cotă procentuală, aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical din Fondul de asigurări sociale de sănătate stabilit prin legea bugetului de stat pe anul 1999.

3. Spitalizarea se impune conform diagnosticului, atunci când, în urma examinării pacientului prezentat la spital, se constată o stare ce pune în pericol echilibrul normal al funcțiilor organismului, diagnosticul nu poate fi constatat în condițiile ambulatoriului de specialitate, necesită tratament sub supraveghere sau alte situații justificate din punct de vedere medical. La 24 de ore de la internare șeful de secție va analiza oportunitatea necesității continuării spitalizării.

4. Durata optimă de spitalizare este considerată durata medie de spitalizare la nivel național, constatată în anul precedent pe categorii de spitale și pe secții, conform anexei nr. 4. Casele de asigurări de sănătate stabilesc un sistem riguros de control pentru spitalele ale căror secții depășesc durata optimă de spitalizare.

5. Internarea în spital se face pe baza trimerii medicului de familie sau a medicului din ambulatoriul de specialitate, care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate. Excepție fac urgențele și internările făcute cu aprobarea șefului de secție. Acesta poate da aprobare de internare persoanelor asigurate până la maximum 10% din totalul internărilor realizate. Pentru alte situații, precum și pentru internările la cerere, costurile serviciilor medicale se suportă de către solicitant, pe baza tarifelor stabilite de către fiecare unitate furnizoare de servicii medicale și se constituie în venituri proprii ale spitalelor.

6. Lista cuprinzând serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații este prezentată în anexa nr. 5.

7. Tipurile de spitalizare sunt:

7.1 Discontinuuă:

a) *spitalizare de o zi* este forma de internare prin care se asigură asistență medicală curativă și de recuperare care concentrează într-un număr maxim de 12 ore efectuarea de examinări, investigații și acte terapeutice;

b) *spitalizare săptămânală* este forma de internare cu timp redus, care concentrează în perioada respectiva examinările, investigațiile și actele terapeutice necesare. În secțiile sau în compartimentele care asigură acest tip de spitalizare, sâmbăta și duminica nu se desfășoară nici o activitate.

7.2. Continuă:

a) *totală* — este forma de internare prin care se asigură asistență medicală curativă și de recuperare neîntrerupt;

b) *parțială* — este forma de internare folosită atunci când starea pacientului îi permite să doarmă la domiciliu.

Spitalizarea continuă este acceptată spre decontare numai dacă spitalizarea săptămânală nu este posibilă, deoarece afecțiunea pacientului internat necesită supraveghere medicală permanentă în spital, nefiind posibilă continuarea tratamentului în ambulatoriu sub supravegherea medicului de familie sau a medicului de specialitate.

8. Serviciile medicale de înaltă performanță care se acoperă integral de către casele de asigurări de sănătate sunt:

- a) rezonanța magnetică nucleară;
- b) tomografie computerizată;
- c) scintigrafie;
- d) angiografie;
- e) endoscopie.

Aceste servicii se acordă în următoarele condiții:

A) urgențe medico-chirurgicale gradul 0 și 1;

B) pentru afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare, la recomandarea și pe răspunderea medicului șef de secție unde a fost tratat asiguratul.

9. Serviciile medicale de înaltă performanță și alte servicii a căror contravaloare nu este suportată de casele de asigurări de sănătate sunt prezentate în anexa 6.

10. Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani beneficiază de plata serviciilor hoteliere din partea caselor de asigurări de sănătate în următoarele condiții:

- la cererea expresă și pe răspunderea medicului care îngrijește copilul internat;
- mama care alăptează.

11. Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere care au un grad ridicat de confort peste cel considerat standard de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform tarifelor stabilite de unitatea furnizoare. Se consideră *confort standard* salonul cu minimum 3 paturi, cu grup sanitar propriu și fără dotări care să asigure confort suplimentar și cu respectarea normelor igienico-sanitare. Contribuția personală a asiguraților are la bază tarifele stabilite de fiecare unitate furnizoare și această contravaloare reprezintă venit propriu al spitalului.

12. Bugetul global alocat fiecărui spital se negociază anual și se alocă în tranșe lunare cuprinzând cheltuielile necesare furnizării serviciilor medicale contractate. Bugetul global este stabilit în proporție de 70% pe criteriu istoric, raportat la anul trecut, și restul pe baza următorilor indicatori: numărul de internări contractate, numărul de zile de spitalizare, durata medie de spitalizare, numărul de personal, complexitatea prestațiilor (număr de intervenții chirurgicale sau de medicină intervențională, număr de nașteri, transplant de organe, dializă, servicii acordate marilor arși, număr investigații de înaltă performanță).

13. În sumele acordate spitalelor se vor aloca distinct și sumele aferente unităților ambulatorii de specialitate ale spitalelor.

14. Documentele financiar-contabile pe baza cărora spitalele își justifică activitatea contractată se stabilesc de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se procură contra cost de la casele de asigurări de sănătate.

15. Spitalul, prin reprezentantul legal cu care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate, este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate, în caz contrar aplicându-se penalitățile stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale.

16. Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca, la externarea asiguratului, să transmită medicului de familie sau, după caz, medicului de specialitate din

ambulatoriu, prin scrisoare medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și de supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (delimitată conform diagnosticului).

Măsuri de îngrijire sau de recuperare efectuate în continuarea tratamentului spitalicesc în unități ambulatorii de specialitate sau la domiciliu

Îngrijirea sau recuperarea se acordă de către medicul de specialitate în cadrul ambulatoriului de specialitate ori de către medicul de familie pe lista căruia figurează asiguratul, în limitele competențelor acestuia și la recomandarea medicului de specialitate.

CAPITOLUL V

Asistența medicală ambulatorie stomatologică

1. Fondul aferent asistenței medicale stomatologice reprezintă o cotă procentuală aferentă cheltuielilor materiale și prestațiilor de servicii cu caracter medical din Fondul de asigurări sociale de sănătate, stabilit prin legea bugetului pe anul 1999.

2. Reprezentantul legal al cabinetului din asistența medicală stomatologică ambulatorie încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

Reprezentantul legal al cabinetului medical stomatologic este medicul titular – în cazul cabinetelor individuale, medicul delegat – în cazul cabinetelor asociate sau grupate și administratorul societății civile medicale. În vederea încheierii contractelor, reprezentantul legal al cabinetului medical stomatologic trebuie să prezinte următoarele documente pentru medicii stomatologi pe care îi reprezintă: codul fiscal, dovada de acreditare ca medic de specialitate, autorizația sanitară pentru un spațiu privat, închiriat sau concesionat, conform legii, și cont deschis la C.E.C.

Cabinetele de specialitate organizate ca persoane juridice sau care funcționează în structuri ale unor unități cu personalitate juridică vor fi reprezentate la contractare de reprezentantul legal al persoanei juridice, cu documentele menționate mai sus.

Reprezentantul legal al cabinetului medical care nu funcționează în structura unei unități cu personalitate juridică angajează personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile art. 11 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 124/1998, cu obligația de a achita lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat, precum și de a reține, prin stopaj la sursă, impozitele și contribuțiile datorate de personalul angajat, pe care le virează la termenele stabilite de lege. Medicul stomatolog are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat.

3. Decontarea serviciilor medicale stomatologice preventive și a tratamentelor stomatologice se face pe baza tarifelor din lista cuprinzând serviciile stomatologice, în proporție de 100%, 60% și 40%. Diferența dintre suma decontată de casele de asigurări de sănătate și tariful aferent serviciilor stomatologice cuprinse în lista cuprinzând serviciile stomatologice se suportă de către asigurați. De asemenea, asigurații suportă, la alegere, și diferența dintre tarifele aferente serviciilor stomatologice cuprinse în lista de servicii și tarifele practicate în unitatea furnizoare.

4. Asigurații au obligația să se înscrie pe lista unui medic stomatolog acreditat de casa de asigurări de sănătate, pentru a beneficia de servicii medicale stomatologice preventive. Medicul stomatolog are obligația, ca la înscrierea pe listă, să solicite asiguraților documentele care atestă calitatea de asigurat.

Medicii stomatologi întocmesc liste cuprinzând asigurații, pe grupe de vârstă, conform prevederilor art. 17 din Legea nr. 145/1997, pe baza cărora acordă servicii medicale stomatologice preventive. Aceste liste se depun la casele de asigurări de sănătate cu care cabinetele stomatologice respective încheie contracte de furnizare de servicii stomatologice.

Trecerea asiguraților dintr-o grupă de vârstă în alta se face anual, iar la încadrarea în grupele de vârstă se ține seama de vârsta asiguratului de la 1 ianuarie 1999.

4.1. Asigurații care doresc să își schimbe medicul stomatolog vor adresa o cerere medicului stomatolog la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul stomatolog primitor are obligația să anunțe în scris medicul stomatolog de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate

4.2. Ca urmare a efectuării serviciului medical stomatologic de prevenție, medicul stomatolog eliberează asiguraților un document în care să se specifice: datele de identitate ale asiguratului, tipul serviciului prestat, conform listei cuprinzând serviciile stomatologice și data efectuării serviciului respectiv. Acest document se păstrează de către asigurat și va fi prezentat medicului stomatolog pentru efectuarea tratamentelor stomatologice; totodată, documentul constituie o justificare a caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării tratamentelor stomatologice.

5. Serviciile medicale stomatologice preventive:

5.1. Consultația în cadrul dispensarizării profilactice se suportă de către casele de asigurări astfel:

- a) pentru copiii până la vârsta de 16 ani, nelimitat;
- b) pentru tinerii de la 16 la 20 ani, de două ori pe an;
- c) pentru adulți, o dată pe an.

5.2. Serviciile medicale stomatologice preventive cuprinse în lista cuprinzând serviciile stomatologice, altele decât cele prevăzute la pct. 5.1., se suportă de către casele de asigurări de sănătate, nelimitat și numai pentru copiii până la vârsta de 16 ani.

6. Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale stomatologice preventive și a tratamentelor stomatologice se face pe baza cotelor stabilite în lista cuprinzând serviciile stomatologice și în limita unui plafon lunar pe medic. Acest plafon se stabilește de către casele de asigurări de sănătate, în funcție de:

a) numărul de asigurați înscriși și structura pe grupe de vârstă a acestora, pentru serviciile medicale stomatologice preventive;

b) tarifele serviciilor medicale stomatologice pentru tratamentele stomatologice, cu încadrarea în limita fondului repartizat asistenței medicale stomatologice, din fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical. Neîncadrarea în plafonul lunar atrage întocmirea unor liste lunare de așteptare. Excepție fac urgențele stomatologice, care pot depăși plafonul lunar cu maximum 10%.

8. Formulările necesare raportării activității și datele de raportare se stabilesc de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se procură contra cost de la casele de asigurări de sănătate.

9. Reprezentantul legal al cabinetului medical are obligația să raporteze lunar activitatea medicală efectiv realizată și răspunde pentru corectitudinea datelor raportate. În cazul în care se constată raportări eronate, reprezentantul legal al cabinetului medical stomatologic răspunde material, civil și penal, potrivit dispozițiilor cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale conform legislației în vigoare. Recalcularea sumelor convenite medicilor în asistența medicală stomatologică se face la finele fiecărui trimestru, în funcție de serviciile efectiv prestate în condițiile menționate la alin 4, 5 și 6 și raportate, tarifele pe servicii și fondurile aprobate prin buget și alocate pentru trimestrul respectiv.

10. În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face direct de cabinetul stomatologic către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

11.1. Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru vor fi corectate la sfârșitul trimestrului o dată cu recalcularea plafonului lunar pe medic.

11.2. Erorile de calcul constatate după expirarea trimestrului vor fi corectate până la sfârșitul anului 1999. În situația în care după încheierea anului financiar 1999 se constată erori de calcul aferente anului respectiv, sumele plătite în plus sau în minus se recalculează conform legii.

12. Lista cuprinzând serviciile stomatologice și tarifele acestora este prezentată în anexa nr. 7.

CAPITOLUL VI

Servicii medicale de urgență prespitalicești

1. Prezența medicului de ambulanță este obligatorie în orice situație de acordare de către ambulanță a serviciilor medicale de urgență majoră. Tratamentul pe care medicul îl acordă la locul accidentului sau al îmbolnăvirii ori în timpul transportului până la cea mai apropiată unitate sanitară competentă se efectuează folosind medicația, materialele sanitare și aparatura medicală din dotarea mijlocului de transport al unității furnizoare de servicii medicale de urgență prespitalicești, autorizată conform legislației în vigoare. Medicul care acordă servicii medicale de urgență prin serviciul de ambulanță nu prescrie rețete medicale cu sau fără contribuție personală.

2. Fondul aferent asistenței medicale de urgență prespitalicești reprezintă o cotă procentuală aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical din Fondul de asigurări sociale de sănătate, stabilit prin legea bugetului pe anul 1999.

3. Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești și a unor tipuri de transport, conform prevederilor pct. 6, 7, 8, contractate de furnizorii de servicii medicale de urgență prespitalicești, se face pe baza următorilor indicatori: cost/kilometru parcurs, cost/solicitare rezultat în urma negocierilor, timp mediu de răspuns la solicitare, concordanța diagnosticului medicului din serviciul de urgență cu diagnosticul de la camera de gardă a spitalului.

4. Cazurile sociale conform art. 39 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 sunt: persoane cu sau fără identitate, care sunt dependente de îngrijiri sociale.

5.1. Serviciile de ambulanță pot asigura servicii medicale și de transport, altele decât cele decontate de către casele de asigurări de sănătate către terți, pe bază de tarife proprii, plătite direct de către solicitanți și care se constituie în venituri proprii ale unității furnizoare de servicii medicale de urgență prespitalicești.

Pentru pacienții care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, se poate realiza transportul inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate.

5.2. Nu se decontează din Fondul de asigurări sociale de sănătate transporturile efectuate pentru consulturi interdisciplinare sau interclinice; acestea se decontează de către unitatea sanitară care a solicitat transportul respectiv.

6. Tipurile de transport decontate de către casele de asigurări de sănătate sunt:

a) transportul urgențelor medico-chirurgicale;
b) transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
c) transportul urgențelor toxicologice voluntare sau involuntare;

d) transportul urgențelor apărute ca urmare a acțiunii agenților fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheț), cu excepția accidentelor de muncă care sunt plătite de către angajator;

e) transportul urgențelor ginecologice și obstetricale;
f) transportul accidentelor de circulație;
g) transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;
h) transportul copiilor imaturi în condiții corespunzătoare de la locul de naștere la unitățile sanitare de specialitate și de la acestea la domiciliu;

i) transportul la spital și/sau la comisia de expertiză pentru internare ori investigații al persoanelor nedepasabile;

j) transportul la spital al nou-născutului și al lăuzei care a născut la domiciliu ;

k) transportul nou-născutului și al lăuzei de la spital la domiciliu, la externare;

l) transportul de sânge și derivate, de țesuturi și organe, în condiții de urgență;

m) transportul personalului de specialitate pentru consulturi interdisciplinare în vederea rezolvării exclusiv a cazurilor de urgență medico-chirurgicale.

7. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore decontate de către casele de asigurări de sănătate conține:

- a) catastrofe (urgențe „în masă“);
- b) urgențe colective;
- c) urgențe individuale:
 - 1) Stopul cardio-respirator (fibrilație/tahicardie ventriculară fără puls, asistolia, disociația electromecanică)
 - 2) Accidente coronariene acute (angina instabilă, infarct miocardic acut)
 - 3) Politraumatismele (accidente auto, casnice, de muncă, incendii)
 - 4) Colaps-șoc (traumatic, anafilactic, hipovolemic, cardio-gen, toxicoseptic)

5) Monotraumatismele grave craniocerebrale, inclusiv traumatismele faciale cu interesarea globului ocular sau a căilor aeriene superioare, fractura de coloană vertebrală, inclusiv traumatismele gâtului cu interesarea căilor aeriene superioare, traumatismele toracice cu pneumotorax cu presiune sau tamponadă, traumatisme abdominale cu afectarea organelor abdominale, cu abdomen acut și/sau șoc hipovolemic, traumatisme de bazin cu fractură de bazin sau ruptură de vezică urinară sau ureter, traumatisme de perineu și/sau organe genitale cu șoc hipovolemic

6) Fracturi deschise ale membrelor cu afectarea pachetului vasculonervos

7) Plăgi cu hemoragie masivă

8) Hemoragii interne exteriorizate, masive cu semne de șoc hipovolemic (epistaxis, hematemază, hemoptizie, hematurie, metroragie, melenă, rectoragie)

9) Amputații de diferite segmente

10) Arsuri termice de gradul 1 și 2 mai mari de 10% din suprafața corporală și arsuri termice de grad 3 și 4, indiferent de suprafață

11) Arsuri chimice

12) Arsuri electrice

13) Accident cerebrovascular acut (în primele 24 de ore)

14) Tulburări paroxistice de ritm

15) Bloc atrioventricular de gradul 3

16) Criză de hipertensiune arterială cu complicații (edem pulmonar acut, encefalopatia hipertensivă)

17) Insuficiență respiratorie acută (hipoxia hipoxică, hipoxia respiratorie — corp străin în căile aeriene superioare, edem laringian, astmul acut grav, bronhopneumonia, pleurezii cu lichid masiv, hipoxia cardiacă, șocul cardiogen, edem pulmonar acut, hipoxia anemică severă hemoglobină sub 7g/dL

18) Embolie pulmonară

19) Sincope

20) Come

21) Abdomen acut

22) Pancreatită acută

23) Septicemie

24) Meningită la copii

25) Encefalită

26) Deshidratarea peste 15%

27) Șocul hipotermic

28) Șocul hipertermic

29) Tentative de suicid

30) Intoxicații voluntare și involuntare

31) Supradozare droguri

32) Convulsii (crize de „grand mal“, starea de rău convulsiv)

33) Înec

34) Electrocutare

35) Agresații grav (vezi politraumatisme, monotraumatisme grave, împușcați, înjunghiați)

36) Viol

37) Coagulopatii (trombocitopenii, hemofilii, epistaxis) cu hemoragii masive

38) Sindrom de coagulare intravasculară diseminată

- 39) Insuficiență renală acută
 40) Sarcină ectopică ruptă
 41) Avort complicat cu infecție sau cu șoc hemoragic
 42) Placentă praevia
 43) Apoplexie uteroplacentară
 44) Ruptură uterină
 45) Eclampsie
 46) II P – multipară, contracții uterine dureroase, membrane rupte
 47) LVII contracții uterine dureroase
 48) Criză de glaucom
 49) Dezlipire de retină.
8. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale de grad 2 decontate de către casele de asigurări de sănătate conține:
- a) Angina pectorală (în afară de angina instabilă)
 b) Entorse
 c) Luxații
 d) Fracturi închise ale membrelor și fără leziuni ale pachetului vasculonervos
 e) Reumatismul articular acut în criză
 f) Discopatia lombară în criză (lumbago sau lombosciatică)
 g) Artrite septice
 h) Arsuri termice de grad 1 și 2 sub 10% din suprafața corpului cu localizări care fac imposibilă deplasarea
 i) Hemoragii interne exteriorizate, fără semne de șoc hipovolemic
 j) Ischemie cerebrală tranzitorie în criză
 k) Criză de hipertensiune arterială fără complicații
 l) Tromboflebită acută
 m) Arterita, fără sindromul de ischemie periferică acută, cu confirmare oscilometrică
 n) Corpi străini în nas, faringe, fără dispnee, la copii
 o) Astm bronșic în criză
 p) Insuficiența cardiacă decompensată
 q) Colica biliară
 r) Sindromul subocluziv
 s) Herniile strangulate fără abdomen acut
 t) Apendicită acută fără abdomen acut
 u) Colică renală
 v) Retenția de urină
 w) Meningită la adulți
 x) Manifestări ale administrării drogurilor și ale sevrajului (cu excepția supradozării)
 y) Agitații psihomotorii sau catatonice
 z) Agresații minori (contuzii, echimoză, hematoame, fracturi închise simple)
 aa) Avort necomplicat
 bb) Pre-eclampsie
 cc) Primipară contracții uterine dureroase.

CAPITOLUL VII

Servicii medicale de reabilitare a sănătății

1. Fondul aferent asistenței medicale de reabilitare a sănătății reprezintă o cotă procentuală, aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical din

Fondul de asigurări sociale de sănătate stabilit prin legea bugetului pe anul 1999.

Acest fond se determină numai de către casele de asigurări de sănătate care au în județ sau în rețeaua proprie, unități speciale de recuperare-reabilitare cu personalitate juridică.

Cheltuielile secțiilor de recuperare și reabilitare din cadrul spitalelor se suportă din bugetul alocat spitalelor din structura cărora fac parte aceste secții.

2. Serviciile de recuperare-reabilitare, medicină fizică și balneologie, acordate în ambulatoriu de specialitate, periodicitatea și punctajul acestora, decontate de către casele de asigurări de sănătate, fac parte din lista cuprinzând serviciile ambulatorii de specialitate.

3. Normele metodologice privind asistența medicală ambulatorie de specialitate se aplică și pentru unitățile ambulatorii de recuperare și medicină fizică, precum și pentru cabinetele medicale de specialitate din stațiunile balneoclimatice.

4. Normele metodologice privind asistența medicală spitalicească se aplică și pentru unități speciale de recuperare-reabilitare cu personalitate juridică. Contribuția personală a asiguratului reprezintă 25—30% din costul unei zile de spitalizare, în funcție de tipul de cură, la recomandarea medicului de specialitate conform tabelului de mai jos. Contribuția personală se constituie în venit propriu al unității furnizoare. Sumele trecute în contractele de furnizare de servicii medicale încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, sunt diminuate în funcție de contribuția personală a asiguraților.

Tipul de cură balneară	Durata	Contribuția asiguratului
1. Cură balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21—30 de zile	25% din costul zilei de spitalizare
2. Cură balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18—21 de zile	30% din costul zilei de spitalizare

CAPITOLUL VIII

Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor, în tratamentul ambulatoriu, suportate din fondul asigurărilor sociale de sănătate

Pentru anul 1999 modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face conform ordinului comun al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ministrului sănătății, emis conform art. 4 din Hotărârea Guvernului nr. 312/1999.

CAPITOLUL IX

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

I. Procedura de înregistrare a cererilor și acordarea dispozitivelor medicale

1. Dispozitivele medicale, în înțelesul Legii nr.145/1997 privind asigurările sociale de sănătate, sunt: materiale sanitare, proteze, orteze, dispozitive de mers și autoservire destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.

2. Asigurații au dreptul la procurarea dispozitivelor medicale, cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripției medicale eliberate de medici de specialitate acreditați în cabinete medicale autorizate și/sau acreditate.

3. Dispozitivele medicale se acordă pe baza cererii scrise întocmite de asigurat, de reprezentantul legal al acestuia sau de orice persoană împuternicită în acest sens, înregistrată la casa de asigurări de sănătate în raza căreia își are domiciliul sau reședința persoana îndreptățită.

4. Cererea va fi însoțită de actul care atestă calitatea de asigurat (în original și în copie) și prescripția medicală pentru dispozitivul medical, din care să reiasă că deficiența organică, funcțională sau fizică nu a apărut în urma unei boli profesionale ori a unui accident de muncă.

5. La cererea de acordare a dispozitivelor medicale destinate corectării auzului se anexează și audiograma eliberată de clinica de specialitate sau de serviciile specializate autorizate de Ministerul Sănătății.

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

7. Răspunsul la cererea privind procurarea dispozitivelor medicale se comunică asiguraților 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 se arhivează la emitent.

II. Procedura de procurare a dispozitivelor medicale și stabilirea contribuției

9. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România elaborează anual Lista cuprinzând dispozitivele medicale decontate, integral sau cu contribuție personală din partea asiguratului, de casele de asigurări de sănătate, la prețul de referință stabilit de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu consultarea Colegiului Medicilor din România, prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Lista cuprinzând dispozitivele medicale decontate, integral sau cu contribuție personală din partea asiguratului, de către casele de asigurări de sănătate, este cuprinsă în anexa nr. 8.

În conformitate cu această listă, medicii de specialitate vor specifica tipul dispozitivului medical în prescripția medicală. Aceasta se va elibera în două exemplare (pentru casa de asigurări de sănătate și pentru furnizor).

10. Comanda pentru procurarea dispozitivului medical se emite de beneficiar, care se adresează unuia dintre furnizorii avizați de Ministerul Sănătății și acreditați de casele de asigurări de sănătate.

11. Diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical și prețul de referință se suportă de către beneficiar și se achită direct furnizorului. Dacă prețul

de vânzare cu amănuntul a dispozitivului medical este sub prețul de referință, acesta este decontat integral de către casele de asigurări de sănătate.

12. Modul de furnizare al dispozitivelor medicale se stabilește prin contracte directe încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizori.

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

13. Lista cuprinzând dispozitivele medicale cuprinde atât termenele de înlocuire ale acestora, cât și mențiunea dacă dispozitivele medicale sunt reparabile.

14. Termenul de garanție este prevăzut în instrucțiunile de folosire și întreținere conform normelor de fabricație pentru fiecare produs. În cadrul acestui termen asigurații pot reclama executarea necorespunzătoare, calitatea sau deteriorarea dispozitivului medical, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului.

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

15. Repararea dispozitivului medical după expirarea termenului de garanție se asigură de către furnizor.

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

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

În cazul reparării dispozitivelor medicale, casele de asigurări de sănătate decontează până la 50% din prețul de referință al acestora, 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 ani, dispozitivele medicale vor fi înlocuite sau reînnoite ori de câte ori va fi necesar având în vedere procesul de dezvoltare somatică a acestora.

IV. Gestionarea fondului aferent rambursării cheltuielilor medicale

18. Fondul aferent cheltuielilor cu dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice reprezintă o cotă distinctă din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical.

19. Decontarea la furnizor a dispozitivelor medicale se face de casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor de plată emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale, după confirmarea primirii de către asigurat a dispozitivului medical.

Documentul de plată emis de furnizor este însoțit de confirmarea primirii dispozitivului medical, sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a carnetului de asigurat (alte acte care atestă calitatea de asigurat) sau a documentelor ce confirmă expedierea și primirea la domiciliu.

În cazul protezării (protezare ORL, proteze pentru membrul superior și inferior) se va atașa un document prin care eficacitatea actului de protezare va fi validată de același medic de specialitate care a eliberat prescripția medicală.

În cazul depășirii fondului lunar alocat decontării cheltuielilor cu dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, se constituie liste de așteptare de către casele de asigurări de sănătate.

V. Obligațiile furnizorilor și ale beneficiarilor de dispozitive medicale

20. Furnizorii dispozitivelor medicale au următoarele obligații:

- să livreze numai dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sănătății;
- să confecționeze dispozitivul medical la parametrii tehnico-medicali corespunzători deficienței pentru care a fost recomandat;
- să livreze la termen dispozitivul medical comandat și să asigure primirea acestuia de către beneficiar;
- să execute orice modificare necesară dispozitivului medical în cazul în care nu au fost respectate specificațiile din prescripția medicului de specialitate;
- să verifice la livrare adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical și să predea beneficiarului certificatul de garanție și instrucțiunile de folosire și întreținere, cu specificarea termenului de garanție.

21. Beneficiarii dispozitivelor medicale au următoarele obligații:

- să respecte instrucțiunile de folosire și întreținere ale dispozitivelor medicale;
- să nu modifice caracteristicile funcționale ale dispozitivelor medicale;
- să păstreze numărul și data ștanțate pe dispozitiv sau alt marcaj de identificare, după caz;
- să ridice dispozitivul medical solicitat la data stabilită de furnizor;
- 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;
- să nu înstrăineze dispozitivele medicale achiziționate.

VI. Acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale

22. Acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale se face pentru o perioadă de un an pe bază de cerere-tip de acreditare, potrivit modelului prezentat în anexa nr. 9, de către casele de asigurări de sănătate în raza cărora își au sediul.

23. Criteriile de acreditare a furnizorilor de dispozitive medicale, care pot să producă, să depoziteze și să comercializeze dispozitive medicale sunt:

- avizul Ministerului Sănătății ca furnizor de dispozitive medicale;

— dispozitivele medicale trebuie să fie autorizate de Ministerul Sănătății, cu respectarea condițiilor de depozitare și garanție stabilite de producător.

24. Pe baza criteriilor de mai sus casele de asigurări de sănătate analizează și iau o decizie, în termen de 30 zile lucrătoare de la înregistrarea cererii de acreditare, care se poate încadra în următoarele situații:

- eliberarea acreditării pe termen de un an;
- respingerea cererii de acreditare a furnizorului printr-un proces-verbal în care vor fi consemnate cauzele concrete ale respingerii acreditării.

25. Casele de asigurări de sănătate vor emite acreditarea, conform modelului prezentat în anexa nr. 10, pe baza documentelor obligatorii solicitate. Actul de acreditare se va elibera în trei exemplare (pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, furnizor și emitent). Pe baza acestora Casa Națională de Asigurări de Sănătate va întocmi lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară.

26. Cererea pentru reînnoirea acreditării, însoțită de documentele necesare, se depune cu cel puțin 30 de zile înainte de expirarea termenului pentru care a fost eliberată acreditarea.

27. Schimbarea siglei și adresei furnizorului, orice modificare de spațiu, declarații false, reclamații justificate din partea beneficiarilor și nerespectarea recomandărilor specifice de casele de asigurări de sănătate anulează acreditarea și impune reluarea procedurii de acreditare.

CAPITOLUL X

Dispoziții finale

1. Furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate care le asigură plata tuturor serviciilor efectuate, inclusiv pentru asigurații care virează contribuția la alte case de asigurări de sănătate. Sumele datorate vor fi recuperate de la casa de asigurări de sănătate unde asiguratul își plătește contribuția.

2. La alocarea sumelor colectate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în anul 1999 din fondul de redistribuire se va ține seama și de serviciile medicale prestate de către unii furnizori de servicii pentru asigurații a căror contribuție se virează la altă casă de asigurări de sănătate decât cea care decontează serviciile respective.

3. Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să acorde asistență medicală tuturor asiguraților indiferent de casa la care se virează contribuția de asigurări de sănătate.

4. În cazul în care furnizorii de servicii medicale nu pot acorda asistență medicală tuturor asiguraților trimiși de medicul de familie sau de medicul de specialitate, întocmesc liste de așteptare în ordinea solicitărilor.

MODELE DE CONTRACT

pentru furnizarea de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice

Anexa cuprinde modelele de contract pentru:

— asistență medicală primară;	— servicii medicale de urgență prespitalicești;
— asistență medicală de specialitate din ambulatoriu*);	— asistență cu medicamente în tratamentul ambulatoriu;
— servicii medicale spitalicești**);	— dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.
— asistență medicală ambulatorie stomatologică;	

*) Modelul de contract pentru asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se utilizează și pentru unitățile ambulatorii de recuperare și medicină fizică, recuperare, precum și pentru cabinetele medicale de specialitate din stațiunile balneoclimatice.

**) Modelul de contract pentru serviciile medicale spitalicești se utilizează și pentru unități speciale de recuperare—reabilitare cu personalitate juridică.

MODEL

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, telefon/fax, reprezentată prin președinte/director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul titular
- cabinet asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat
- societate civilă medicală, reprezentată prin administratorul
- cabinet organizat ca persoană juridică, reprezentant legal
- cabinet care funcționează în structura unei unități cu personalitate juridică, reprezentant

legal

cu autorizația de înființare nr., autorizația sanitară nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl. ..., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr., deschis la, cod fiscal nr.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 privind aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999 și a normelor metodologice de aplicare a acesteia.

III. Serviciile medicale furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară, detaliate în normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999, sunt următoarele:

- a) servicii profilactice;
- b) servicii de urgență;
- c) servicii medicale curative;
- d) servicii speciale;
- e) activități de suport.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale se face pentru asigurații înscrși pe lista proprie a medicului/ medicilor:

1., acreditat de către comisia de acreditare prin nr. din și având un număr deasigurați înscrși pe lista proprie;

2., acreditat de către comisia de acreditare prin nr., din și având un număr deasigurați înscrși pe lista proprie;

3., acreditat de către comisia de acreditare
 prin nr. din..... și având un număr deasigurați înscriși
 pe lista proprie;

4.

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 1999.

Art. 5. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una dintre părți, prezentul contract se prelungește în mod automat.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să plătească drepturile bănești convenite medicului/medicilor de familie pentru serviciile medicale furnizate asiguraților înscriși pe lista/listele proprie/proprie;

b) să plătească sumele convenite pentru bugetul de practică medicală, acordate potrivit prezentului contract;

c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, în caz de boală sau de accident;

b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și unitatea sanitară și de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe listă;

c) să ofere relații asiguraților despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

d) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte modul de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

e) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile primite pentru practică medicală și să se încadreze în limitele sumelor repartizate, respectând destinația acestora;

f) să nu refuze acordarea asistenței medicale asiguraților, în caz de urgență;

g) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a persoanelor înscrise pe lista proprie;

h) să actualizeze lista cu asigurați, înaintată casei de asigurări de sănătate, ori de câte ori apar modificări față de situația de fapt avută în vedere în momentul întocmirii ei inițiale;

i) să informeze în timp util casa de asigurări de sănătate despre orice modificări survenite;

j) să anunțe în scris, în momentul înscrierii pe lista proprie a unui asigurat plecat de la un alt medic de familie, atât medicul de familie de la care a plecat asiguratul, cât și casa de asigurări de sănătate, în maximum 15 zile; medicul de familie de la care a plecat asiguratul transferă fișa medicală a asiguratului, în maximum 15 zile lucrătoare de la solicitare, prin serviciul poștal;

k) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților înscriși pe lista proprie, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;

l) să trimită, dacă este cazul, pacientul la medicul specialist și să înregistreze în fișa acestuia informațiile furnizate de către medicul specialist;

m) să furnizeze servicii medicale la cabinet sau la domiciliul pacientului, timp de 35 de ore săptămânal;

n) să țină la loc vizibil și accesibil asiguraților un registru, numerotat și parafat de casa de asigurări de sănătate, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor asiguraților;

o) să își stabilească programul de activitate, inclusiv modul de organizare a permanenței serviciilor medicale furnizate asiguraților înscriși pe lista proprie, acolo unde este cazul, și să îl aducă la cunoștință asiguraților, casei de asigurări de sănătate și direcției de sănătate publică;

p) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurații înscriși pe lista proprie, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

q) să participe la cursurile de formare profesională continuă, organizate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate;

r) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor înscrise pe lista proprie, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Natională de Asigurări de Sănătate și respectând datele de raportare;

s) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii sale activități;

t) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul mediu și auxiliar;

u) să nominalizeze medicul de familie acreditat care îl înlocuiește pe perioada absenței și să comunice casei de asigurări de sănătate durata absenței;

v) să accepte înlocuirea cu un alt medic, numit de casa de asigurări de sănătate, în situația în care nu și-a găsit un medic înlocuitor pe perioada absenței;

x) să elibereze certificate de concediu medical, certificate medicale pentru îngrijirea copilului bolnav etc., conform prevederilor legale;

y) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendat din funcție, când i-a fost retrasă sau suspendată autorizația de liberă practică sau acreditarea;

z) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;

w) să participe la acțiunile de profilaxie promovate de casa de asigurări de sănătate;

aa) să sprijine personalul medical angajat să participe la cursurile de perfecționare continuă, organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

bb) să respecte criteriile medicale de calitate.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. plata *per capita*;

2. tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte.

1. Plata *per capita* se face conform pct. 4.1 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999. Valoarea estimată a unui punct pentru plata *per capita* estelei, unică pe țară și valabilă pentru anul 1999.

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:

Nume Prenume

Grad profesional

Codul medicului Acreditare nr.

b) Medic de familie:

Nume Prenume

Grad profesional

Codul medicului Acreditare nr.

.....

.....

.....

c) Numărul de puncte, calculat conform pct. 4.1.1 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999, se diminuează cu:

— medic de familie specialist%;

— medic de familie care nu a promovat examenul de specialitate%.

d) Condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:

— zone izolate: DA/NU.....%;

— condiții grele: DA/NU.....%;

— condiții foarte grele: DA/NU.....%;

— localități izolate cu condiții grele sau foarte grele, cu număr mic de locuitori DA/NU.....%;

— localități deficitare din punct de vedere al prezenței medicului de familie, cauzată de nivelul social-economic și educațional al populației DA/NU.....%;

— asigură continuitatea asistenței medicale în zilele lucrătoare între orele 20,00 — 8,00, sâmbăta, duminica și sărbători legale DA/NU;

— centre de permanență:

adresă:

telefon:

numele medicilor asociați:

.....

.....;

— altă formă de organizare

adresă:.....

telefon:.....

2. Plata pe serviciu medical se face conform pct. 4.2 din normele metodologice de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 312/1999.

Pentru primele două luni ale primului trimestru de aplicare a normelor plata pe serviciu se face lunar, prin achitarea unei sume ce reprezintă 25% din venitul individual *per capita*. La finele fiecărui trimestru se va face regularizarea în funcție de serviciile efectiv prestate și de valoarea calculată a punctului pe serviciu, conform pct.10.3 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999.

Art. 9. — (1) Bugetul de practică medicală

Bugetul de practică medicală se stabilește conform pct.15 și 16 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999.

(2) În anul 1999 bugetul de practică medicală, stabilit conform pct.15 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 estelei.

(3) Lunar, până la data dea fiecărei luni, casa de asigurări de sănătate avansează suma aferentă bugetului de practică medicală, corespunzătoare lunii respective.

(4) Decontarea bugetului de practică medicală se face pe bază de documente justificative, conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(5) Bugetul de practică medicală pentru medicii nou-veniți într-o localitate, în cabinete medicale existente sau nou-înființate, se stabilește pentru un număr de 500 de asigurați pe o structură de vârstă echilibrată, aferentă unui număr depuncte *per capitalan*, stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. — Folosirea bugetului de practică medicală, decontarea, recalcularea lui se fac conform normelor de aplicare a contractului-cadru și reglementărilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 11. — Plata serviciilor medicale și a sumelor datorate pentru bugetul de practică medicală se face:

- a) în contul nr., deschis la
- b)

Art. 12. — (1) Lunar plata sumelor aferente plății *per capita* și pe serviciu se face de către casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni.

(2) Până la data de 25 a lunii următoare trimestrului expirat se fac decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie și decontarea bugetului de practică medicală, ca urmare a regularizărilor, în funcție de valoarea definitivă a punctului *per capita*, pe serviciu și a punctului pentru bugetul de practică medicală.

(3) Decontarea sumelor pentru plata *per capita* și pe serviciu se face pe baza documentelor justificative impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VII. Calitatea serviciilor

Art. 13. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale, elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 14. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 15. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 16. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 17. — Reprezentantul legal al cabinetului medical cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 18. — Clauză specială:

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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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.

IX. Încetarea și rezilierea contractului

Art. 19. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de către furnizorul de servicii medicale, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 45 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 20. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- c) dacă medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare;

- e) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
 f) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate.

Art. 21. — În situațiile următoare:

- a) se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;
 b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;
 c) a scăzut numărul de asigurați înscriși pe lista proprie sub 500 și casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale,
 contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una din aceste situații.

Art. 22. — Situațiile prevăzute la art. 20 și art. 21 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute de art. 21 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 23. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. 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.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. 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. — Modificările referitoare la: valorile definitive ale punctului *per capita*, pe serviciu și valoarea punctului pentru bugetul de practică medicală, față de valorile estimate nu se mai negociază și intră în vigoare de la data comunicării lor către furnizorul de servicii medicale.

Art. 27. — Clauza specială: 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 putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 28. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 29. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea, ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 30. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești, potrivit legii, în cazul în care părțile nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

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 câtepagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte/Director general,

Reprezentantul legal,

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu

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, organizat:

- cabinet individual....., reprezentat prin medicul titular:
- cabinet asociat sau grupat....., reprezentat prin medicul delegat:.....
- societate civilă medicală....., reprezentată prin administratorul:.....
- cabinet organizat ca persoană juridică.....,
 reprezentant legal:.....
- cabinet care funcționează în structura unei unități cu personalitate juridică, reprezentant legal:

cu autorizație de înființare nr., autorizație sanitară nr., având sediul în municipiul/
 orașul, str. nr., bl. ..., sc., et., ap., județul/sectorul,
 telefon, cont nr., deschis la, cod fiscal nr.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor cuprinse în Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 privind aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999 și a normelor metodologice de aplicare a acesteia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. — Furnizorul prestează servicii medicale asiguraților în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului, altele decât sediul social:

1. din, str. nr., bl. ..., sc., sector/județ,
 tel/fax cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și acreditare în
 sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

medic, acreditat de către comisia de acreditare prin
 nr. din

2. din, str. nr., bl. ..., sc., sector/județ,
 tel/fax cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și acreditare în
 sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

medic, acreditat de către comisia de acreditare
 prin nr. din

3. din, str. nr., bl. ..., sc., sector/județ,
 tel/fax cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, și acreditare în
 sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /

medic, acreditat de către comisia de acreditare
 prin nr. din

4.

.....

Art. 4. — Serviciile medicale din ambulatoriu de specialitate, furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt:

- a) consultații:
 - inițiale;
 - de control;
- b) investigații paraclinice;
- c) tratamente,

detaliate în Normele de aplicare ale contractului-cadru pe anul 1999.

Art. 5. — (1) Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza trimiterii făcute de către medicul de familie al asiguratului, cu excepția:

- a) urgențelor;
- b) tratamentului prespitalicesc, la recomandarea medicului specialist;
- c) tratamentului postcură, dacă acest lucru este menționat în biletul de externare;
- d) tratamentului și supravegherii medicale active la nivel de medic specialist pentru afecțiunile stabilite în Normele de aplicare ale contractului-cadru pe anul 1999 — cap. III „Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu” — pct. 16.

(2) Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu se acordă și pe baza biletului de trimitere interdisciplinar.

Art. 6. Furnizarea serviciilor medicale de specialitate din ambulatoriu către asigurați se asigură de către:

1. medic, acreditat de către comisia de acreditare prin
nr. din
codul medicului
2. medic, acreditat de către comisia de acreditare prin
nr. din
codul medicului
.....
.....

IV. Durata contractului

Art. 7. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 1999.

Art. 8. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una dintre părți, prezentul contract se prelungește în mod automat.

V. Obligațiile părților

A) Obligațiile Casei de asigurări de sănătate

Art. 9. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților la termenele convenite;
- b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale.

B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 10. — Furnizorul are următoarele obligații:

- a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, în caz de boală sau accident;
- b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul și unitatea sanitară;
- c) să ofere relații asiguraților despre serviciile oferite și 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 casa de asigurări de sănătate;
- f) să nu refuze acordarea asistenței medicale asiguraților în caz de urgență;
- g) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- h) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare folosind, totodată, formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- i) să informeze medicul de familie al asiguratului despre diagnosticul stabilit, controalele, analizele, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele analizelor efectuate sau despre orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;
- j) să afișeze la cabinet, într-un loc vizibil, programul de lucru al cabinetului medical, deplasările pe teren și unde se poate adresa asiguratul în situații de urgență survenite în afara orelor de program — numele medicului, adresa, numărul de telefon;

- k) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- l) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- m) să transmită lunar, datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate, privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- n) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul mediu și auxiliar;
- o) să elibereze certificate de concediu medical, certificate medicale pentru îngrijirea copilului bolnav etc., conform prevederilor legale;
- p) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendat din funcție, când i-a fost retrasă sau suspendată autorizația de liberă practică sau acreditarea;
- q) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;
- r) să țină la loc vizibil și accesibil asiguraților un registru, numerotat și parafat de casa de asigurări de sănătate, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor asiguraților;
- s) să sprijine personalul medical angajat să participe la cursurile de perfecționare continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- t) să respecte criteriile medicale de calitate;
- u) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a colegiului medicilor privind modul de desfășurare a întregii activități.

VI. Modalități de plată

Art. 11. — Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt:

- 1) tarif pe serviciu cuantificat în puncte, exclusiv pentru investigații paraclinice;
- 2) tarif negociat pentru investigațiile paraclinice cuprinse în anexa nr. 3 la normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999.

1) Decontarea serviciilor medicale în ambulatoriul de specialitate exclusiv pentru investigațiile paraclinice se face conform pct. 5, 6, 7, 8, 9 și 12 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 pe baza documentelor justificative elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Decontarea acestor servicii se face lunar, până la data de 15 a fiecărei luni pentru primele 2 luni ale fiecărui trimestru. La finele fiecărui trimestru, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, decontarea se face ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv.

Valoarea estimată a unui punct este unică pe țară și este de lei și este valabilă pentru anul 1999.

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

Codul medicului

Acreditare nr.

Programul zilnic de activitate ore/zi

Drept de a prescrie medicamente cu contribuție personală pentru medicii

care au activitate în spital DA/NU

b) Medic:

Nume Prenume

Grad profesional

Specialitatea

Codul medicului

Acreditare nr.

Programul zilnic de activitate ore/zi

Dreptul de a prescrie medicamente cu contribuție personală pentru medicii
care au activitate în spital DA/NU

.....
.....

c) Numărul de puncte calculat conform pct. 5, 6, 7, 8, 9 și 12 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 se diminuează cu:

— medic specialist: %

d) Numărul de puncte calculat conform pct. 5, 6, 7, 8, 9 și 12 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 se majorează cu:

— zone izolate: DA/NU..... %;

— condiții grele: DA/NU..... %;

— condiții foarte grele: DA/NU..... %.

2) Decontarea investigațiilor paraclinice se face pe baza tarifelor negociate între casa de asigurări de sănătate și furnizor. Până la data de 15 a fiecărei luni casa de asigurări de sănătate decontează furnizorului de servicii medicale, sumele aferente.

Investigațiile paraclinice necesare stabilirii diagnosticului nu se decontează în cazul repetării din motive tehnice sau nemedicale (inclusiv la cererea pacientului).

Art. 12. — Decontarea serviciilor medicale se face pe bază de documente justificative, conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 13. — Plata serviciilor medicale în ambulatoriul de specialitate se face în:

a) Contul nr., deschis la

b)

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 14. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 15. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 16. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 17. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 18. — Reprezentantul legal al cabinetului medical cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 19. — Clauză specială

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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră, 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 când 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 și rezilierea contractului

Art. 20. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de către furnizorul de servicii medicale, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 45 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 21. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

- a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- c) dacă medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare;
- e) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- f) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate.

Art. 22. — În situațiile următoare:

- a) se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;
- b) a survenit decesul titularului cabinetului medical,

casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una din aceste situații.

Art. 23. — Situațiile prevăzute la art. 21 și art. 22. lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute de art. 22 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 24. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. Corespondența

Art. 25. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Art. 26. — 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. 27. — Modificările referitoare la valoarea definitivă a punctului pe serviciu, față de valoarea estimată a punctului pe serviciu, nu se negociază și intră în vigoare de la data comunicării lor către furnizorul de servicii medicale.

Art. 28. — Clauza specială: 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.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 29. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 30. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 31. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești, potrivit legii, în cazul în care părțile nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

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,

FURNIZOR DE SERVICII
 MEDICALE

Reprezentantul legal,

C O N T R A C T
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

Spitalul, cu sediul în, str.
nr., telefon/fax, având codul fiscal și contul nr.
deschis la C.E.C., reprezentat 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 prevederilor cuprinse în Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 privind aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999 și normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999.

III. Serviciile medicale spitalicești

Art. 2. — Serviciile medicale spitalicești furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 5 la normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 și constau în:

- a) consultații inițiale și de control;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratament medical, chirurgical și/sau fizic recuperator;
- e) investigații paraclinice;
- f) îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă.

Art. 3. — Serviciile medicale spitalicești sunt furnizate asiguraților în baza trimiterilor făcute de către medicul de familie sau de medicul specialist din ambulatoriul de specialitate, care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale. Excepție fac urgențele și internările făcute cu aprobarea șefului de secție, care poate da aprobare de internare persoanelor asigurate, până la maximum 10% din totalul internărilor.

Art. 4. — Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriul spitalului se vor efectua în baza unui contract separat de furnizare de servicii medicale, conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate.

IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 1999.

Art. 6. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una dintre părți, prezentul contract se prelungește în mod automat.

V. Obligațiile părților**A) Obligațiile Casei de asigurări de sănătate**

Art. 7. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele convenite;
- b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale.

B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 8. — Furnizorul are următoarele obligații contractuale:

- a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților;
- b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege spitalul;
- c) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrioare medicală, despre diagnosticul stabilit, controalele, analizele, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele analizelor efectuate sau despre orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;
- d) să ofere relații asiguraților despre serviciile oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- e) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;
- f) să nu refuze acordarea asistenței medicale asiguraților în caz de urgență;
- g) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate și să respecte destinația acestor fonduri;
- h) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;

- i) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- j) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- k) să se îngrijească de asigurarea permanenței serviciilor medicale furnizate asiguraților;
- l) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate activitatea efectiv realizată, folosind în acest scop formularele elaborate de către Casa Națională de Asigurari de Sănătate;
- m) să sprijine personalul medical angajat să participe la cursurile de formare profesională continuă în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- n) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate ori tratate, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- o) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii sale activități;
- p) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- q) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile primite pentru practica medicală și să se încadreze în sumele alocate;
- r) să elibereze certificate de concediu medical, certificate medicale pentru îngrijirea copilului bolnav etc., conform prevederilor legale;
- s) să informeze asigurații în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- t) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;
- u) să țină la loc vizibil și accesibil asiguraților un registru, numerotat și parafat de casa de asigurări de sănătate, cuprinzând sesizările, propunerile și reclamațiile asiguraților;
- v) să participe la acțiunile de profilaxie promovate de casa de asigurări de sănătate;
- w) să respecte criteriile medicale de calitate.

VI. Modalități de plată

Art. 9. — (1) Fondul aferent serviciilor medicale spitalicești se negociază anual și se alocă în tranșe lunare, cuprinzând cheltuielile necesare finanțării serviciilor medicale contractate.

Sumă negociată anual lei/an; lei/lună

(2) Bugetul global este stabilit 70% pe criteriu istoric raportat la anul 1998 și restul pe baza următorilor indicatori:

a) numărul internărilor contractate (estimat);

b) durata medie de spitalizare

(conform anexei nr. 4 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999);

c) numărul zilelor de spitalizare

(numărul internărilor contractate — conform art. 9 alin. (2) lit. a) înmulțit cu durata medie de spitalizare — conform art. 9 alin. (2) lit. b);

d) numărul personalului, pe categorii (medici, personal sanitar cu studii superioare etc.)

e) complexitatea intervenției.

Art.10. — (1) Lunar, până la data de a fiecărei luni, casa de asigurări de sănătate avansează sumele corespunzătoare lunii respective.

(2) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor spitalicești se face pe baza documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 11. — Plata serviciilor medicale spitalicești se face în:

a) cont nr., deschis la

b)

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 12. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 13. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 14. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 15. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 16. — 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 următoarele penalități:

.....

.....

Art. 17. — Clauză specială: 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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră, 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.

IX. Încetarea și rezilierea contractului

Art. 18. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de către furnizorul de servicii medicale, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 45 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 19. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

- a) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- c) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate.

Art. 20. — În situațiile următoare:

- a) se mută unitatea medicală din teritoriul de funcționare;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al spitalului,

casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre aceste situații.

Art. 21. — Situațiile prevăzute la art.19 și art. 20 lit. b) 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. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 22. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. Corespondența

Art. 23. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Art. 24. — 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. 25. — Clauză specială: 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.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 26. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 27. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori cu alte pretenții decurgând din prezentul contract sunt supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 28. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești, potrivit legii, în cazul în care părțile nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

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.

C O N T R A C T
de furnizare de servicii medicale stomatologice

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:

— cabinet individual....., reprezentat prin medicul titular

— cabinet asociat sau grupat....., reprezentat prin medicul delegat

— societate civilă medicală....., reprezentată prin administratorul

— cabinet organizat ca persoană juridică....., reprezentant legal:

— cabinet care funcționează în structura unei unități cu personalitate juridică, reprezentant legal:

cu autorizația de înființare nr....., autorizația sanitară nr....., având sediul în municipiul/orașul....., str..... nr....., bl....., sc....., et....., ap....., județul/sectorul....., telefon....., cont nr....., deschis la, cod fiscal nr.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală stomatologică, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor cuprinse în Hotărârea Guvernului nr.312/1999 pentru aprobarea contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999 și în normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr.312/1999.

III. Serviciile medicale stomatologice furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale stomatologice ce fac obiectul prezentului contract sunt cele prevăzute în Anexa nr. 7 „Lista serviciilor stomatologice și tarifele acestora“ la normele metodologice de aplicare a H.G. nr.312/1999.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului, altele decât sediul social:

1. din, str. nr. ..., bl....., sc....., sectorul/județul, telefon/fax....., cu autorizația de funcționare nr...../....., eliberată de, și acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr...../.....

medic, acreditat de către comisia de acreditare prin, nr. din.....;

2. din, str. nr. ..., bl....., sc....., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, și acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr...../.....

medic....., acreditat de către comisia de acreditare prin, nr. din

3. din, str. nr. ..., bl. ..., sc, sectorul/județul, telefon/fax....., cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, și acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr...../.....

medic....., acreditat de către comisia de acreditare prin, nr. din.....;

4.

.....

.....

.....

Art. 4. — Furnizarea serviciilor medicale către asigurați se va asigura prin:

1. medic, acreditat de către comisia de acreditare prin, nr. din, codul medicului

2. medic, acreditat de către comisia de acreditare prin, nr. din, codul medicului

3. medic, acreditat de către comisia de acreditare prin, nr. din, codul medicului

IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 1999.

Art. 6. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una dintre părți, prezentul contract se prelungește în mod automat.

V. Obligațiile părților

A) *Obligațiile casei de asigurări de sănătate*

Art. 7. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să stabilească plafonul lunar pe medic, în vederea decontării serviciilor medicale stomatologice conform Listei de servicii stomatologice și tarifele acestora;
- b) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor medicale stomatologice acordate asiguraților, la termenele convenite;
- c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale stomatologice.

B) *Obligațiile furnizorului de servicii medicale stomatologice*

Art. 8. — Furnizorul are următoarele obligații contractuale:

- a) să acorde asiguraților îngrijirile medicale stomatologice contractate;
- b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul stomatolog;
- c) să informeze, dacă este cazul, medicul de familie al asiguratului despre diagnosticul stabilit, controalele și tratamentele efectuate sau orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;
- d) să ofere relații asiguraților despre serviciile oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- e) să-și întocmească liste de asigurați, pe grupe de vârstă, pe baza cărora acordă servicii medicale stomatologice preventive și să le depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract;
- f) să anunțe în scris, în momentul înscrierii pe lista proprie a unui asigurat plecat de la alt medic stomatolog, atât medicul stomatolog de la care a plecat asiguratul, cât și casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, în maximum zile;
- g) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele necesare, conform reglementărilor în vigoare;
- h) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- i) să nu refuze acordarea asistenței medicale stomatologice asiguraților, în caz de urgență;
- j) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- k) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- l) să afișeze la cabinet, într-un loc vizibil, programul de lucru al cabinetului medical și unde se poate adresa asiguratul în situații de urgență survenite în afara orelor de program – numele medicului, adresa, numărul de telefon;
- m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- n) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- o) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate, privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- p) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii sale activități;
- q) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul mediu și auxiliar;
- r) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendat din funcție, când i-a fost retrasă sau suspendată autorizația de liberă practică sau acreditarea;
- s) să informeze asigurații în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- t) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;
- u) să participe la acțiunile de profilaxie promovate de casa de asigurări de sănătate;
- v) să țină la loc vizibil și accesibil asiguraților un registru, numerotat și parafat de casa de asigurări de sănătate al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor asiguraților;
- w) să sprijine personalul medical angajat să participe la cursuri de perfecționare continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- x) să respecte criteriile medicale de calitate.

VI. Modalități de plată

Art. 9. — (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face pe baza tarifelor acestora, prevăzute în Anexa nr.6 „Lista serviciilor stomatologice și tarifele acestora” la normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 și în limita unui plafon lunar/medic, calculat conform cap. V pct. 6 din normele metodologice de aplicare a acesteia, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale stomatologice.

(2) Urgențele stomatologice pot depăși plafonul lunar/medic cu maximum 10%.

Art. 10. — (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face lunar, până la data de 15 a fiecărei luni pentru primele două luni ale fiecărui trimestru. La finele fiecărui trimestru, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv.

(2) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor medicale stomatologice se face pe baza documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 11. — Plata serviciilor medicale stomatologice se face în contul nr., deschis la C.E.C.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 12. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 13. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 14. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 15. — Furnizorul de servicii medicale stomatologice garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 16. — Reprezentantul legal al cabinetului medical cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 17. — Clauză specială:

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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră, 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 când 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 și rezilierea contractului

Art. 18. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de către furnizorul de servicii medicale, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 45 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 19. — Contractul se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării prezentului contract;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- c) dacă medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- d) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;
- e) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- f) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate.

Art. 20. — În situațiile următoare:

- a) se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical,

casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una din aceste situații.

Art. 21. — Situațiile prevăzute la art. 19 și art. 20. lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute de art. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 22. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. Corespondența

Art. 23. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate, cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Art. 24. — 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. 25. — Modificările referitoare la plafonul lunar/medic ca urmare a recalculării sumelor convenite medicului în asistența medicală stomatologică nu se negociază și intră în vigoare de la data comunicării lor către furnizorul de servicii medicale.

Art. 26. — Clauză specială: 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 putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 27. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 28. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori cu alte pretenții decurgând din prezentul contract sunt supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 29. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești, potrivit legii, în cazul în care părțile nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

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 câtepagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte/Director general,

FURNIZOR DE SERVICII
 MEDICALE STOMATOLOGICE

Reprezentantul legal,

C O N T R A C T
privind furnizarea de servicii medicale de urgență prespitalicești

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară, cu sediul în,
 str. nr., telefon/fax....., având codul fiscal și contul
 nr., deschis la, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală de urgență prespitalicească din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor cuprinse în Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 pentru aprobarea contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999 și în normele metodologice de aplicare a acesteia.

III. Serviciile medicale furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale furnizate în asistența medicală de urgență prespitalicească sunt:

- a) asistența medicală la locul accidentului sau al îmbolnăvirii;
- b) asistența medicală pe timpul transportului accidentatului sau bolnavului;
- c) transportul asiguratului, în caz de urgență;

Art. 3. — Serviciile medicale în asistența medicală de urgență prespitalicească se asigură pe o durată zilnică de 24 de ore.

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 1999.

Art. 5. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una din părți, prezentul contract se prelungește în mod automat.

V. Obligațiile părților**A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate**

Art. 6. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele convenite.
- b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale.

B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. — Furnizorul are următoarele obligații:

- a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, în caz de boală sau accident, de la momentul solicitării sau de la data accidentului și până la rezolvarea stării de urgență;
- b) să folosească medicația, materialele sanitare și aparatura medicală din dotarea mijlocului de transport la locul accidentului sau al îmbolnăvirii ori în timpul transportului;
- c) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- d) să furnizeze tratamentul adecvat asiguraților;
- e) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- f) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- g) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind, totodată, formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- h) să informeze medicul de familie al asiguratului sau unitatea sanitară la care este transportat asiguratul despre diagnosticul stabilit, investigațiile efectuate, tratamentele efectuate precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;
- i) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- j) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) să transmită lunar datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- l) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru angajații săi;
- m) să elibereze adeverință medicală de urgență, conform prevederilor legale;
- n) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendată sau anulată autorizația sau acreditarea;
- o) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;
- p) să țină la loc vizibil și accesibil asiguraților un registru, numerotat și parafat de casa de sănătate, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor asiguraților;

- q) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor privind modul de desfășurare a întregii sale activități;
- r) să respecte criteriile medicale de calitate;
- s) să sprijine personalul medical angajat să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — Fondul aferent serviciilor medicale de urgență prespitalicești se determină trimestrial de către conducerea acestor unități, prin negociere cu reprezentantul casei de asigurări de sănătate.

Art. 9. — (1) Lunar, până la data de a fiecărei luni, casa de asigurări de sănătate avansează sumele corespunzătoare lunii respective.

(2) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor de urgență prespitalicești se face pe baza documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. — Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești și a unor tipuri de transport se face pe baza următorilor indicatori:

- a) cost/km parcurs lei (sumă negociată)
- b) cost/solicitare..... lei (sumă negociată)
- c) timp mediu de răspuns la solicitare, din care:
- urban zona A: km minute
- zona B: km minute
- zona C: km minute
-
-
- rural zona A: km minute
- zona B: km minute
- zona C: km minute
-
-

Depășirea negociată a timpului mediu de răspuns la solicitare (în cazuri nejustificate) atrage penalități de/minut din sumele negociate și contractate.

d) concordanța diagnosticului medicului din serviciul de urgență cu diagnosticul de la camera de gardă a spitalului Se penalizează cu% din sumele negociate și contractate, dacă peste% din diagnosticile serviciilor medicale de urgență prespitalicești nu corespund diagnosticelor de la camera de gardă a spitalului.

Art. 11. — Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești se face prin:

- a) cont nr., deschis la
- b)

VII. Calitate serviciilor medicale

Art. 12. — Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze, din punct de vedere al calității lor, în normele privind calitatea asistenței medicale, elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 13. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 14. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 15. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 16. — Reprezentantul legal al unității sanitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 17. — Clauză specială: 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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră, 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 când 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 și rezilierea contractului**

Art. 18. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de către furnizorul de servicii medicale, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 45 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 19. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

- a) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- c) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate.

Art. 20. — În situațiile următoare:

- a) se mută unitatea medicală din teritoriul de funcționare;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al unității medicale,

casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una din aceste situații.

Art. 21. — Situațiile prevăzute la art.19 și art. 20 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute de art. 20 lit.a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 22. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

X. **Corespondența**

Art. 23. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. **Modificarea contractului**

Art. 24. — 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. 25. — Clauză specială: 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.

XII. **Soluționare litigiilor**

Art. 26. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 27. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori cu alte pretenții decurgând din prezentul contract sunt supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 28. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești, potrivit legii, în cazul în care părțile nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

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 câtepagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CONTRACT
de furnizare de servicii farmaceutice

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 farmaceutice, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, înregistrat la Registrul comerțului sub nr. J....../..... și având contul nr., deschis la, și codul fiscal nr., reprezentat prin, cu autorizația Ministerului Sănătății nr.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii farmaceutice, conform Ordinului nr., publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. din

III. Serviciile farmaceutice

Art. 2. — Prezentul contract se aplică numai pentru eliberarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală conform Ordinului nr., publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. din

Art. 3. — Furnizarea medicamentelor se va desfășura prin intermediul următoarelor unități ale furnizorului, altele decât sediul social:

1. din, str..... nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, și de acreditare 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, și acreditare 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, și acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 1999.

Art. 5. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una din părți, prezentul contract se prelungește în mod automat.

V. Obligațiile părților**A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate**

Art. 6. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor farmaceutice acordate asiguraților, la termenele convenite în prezentul contract.

b) să notifice furnizorului orice modificare a prețului de referință;

c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii farmaceutice.

B) Obligațiile furnizorului de servicii farmaceutice

Art. 7. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să respecte modul de prescriere și eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală;

b) să se aprovizioneze permanent cu medicamente, conform listei cu denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală cu contribuție personală;

c) să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică;

d) să păstreze la loc vizibil condica de reclamații a asiguratului; aceasta va avea paginile numerotate și va fi stampilată de casa de asigurări de sănătate;

e) să întocmească și să prezinte casei de sănătate documentele necesare decontării medicamentelor eliberate (factura, borderoul centralizator și prescripțiile medicale);

f) să angajeze numai personal farmaceutic care posedă autorizație de liberă practică;

g) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile care decurg din calitatea de asigurat;

h) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;

- i) să participe la sistemul organizat pentru asigurarea serviciilor farmaceutice în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale;
- j) să elibereze medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie, dacă medicul indică numai denumirea substanței active;
- k) să nu înlocuiască medicamentele din prescripția medicală cu alte medicamente similare în cadrul aceluiași denumiri comune internaționale, în cazul absenței din farmacie a medicamentului prescris;
- l) să aducă la cunoștința asiguraților, la loc vizibil în farmacie, condițiile de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — (1) Decontarea medicamentelor eliberate se face pe bază de factură, borderouri centralizatoare și prescripții medicale, avându-se în vedere prețul de referință al medicamentelor la data achiziționării lor de către farmacie.

(2) Casa de asigurări de sănătate nu decontează sumele aferente prescripțiilor medicale cu sau fără contribuție personală care nu corespund prevederilor referitoare la prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor, din vina exclusivă a furnizorului de servicii farmaceutice.

Art. 9. — 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.

Art. 10. — Suma totală este achitată de casa de asigurări de sănătate la data de, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data prezentării decontului. În cazul unei întârzieri de peste 60 de zile de la data prezentării decontului, furnizorul de servicii farmaceutice poate sista eliberarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală, până la achitarea datoriei de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 11. — Plata se face în:

- a) contul nr., deschis la
- b)

VII. Răspunderea contractuală

Art. 12. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 13. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 14. — Furnizorul de servicii farmaceutice garantează și răspunde de calitatea serviciilor farmaceutice acordate asiguraților.

Art. 15. — Reprezentantul legal al furnizorului de servicii farmaceutice cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 16. — Clauză specială

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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră, 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 când împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

VIII. Încetarea și rezilierea contractului

Art. 17. — În cazul neîndeplinirii obligațiilor contractuale, părțile contractante pot cere rezilierea prezentului contract după un preaviz de 45 de zile.

Art. 18. — Prezentul contract încetează de drept în următoarele situații:

- a) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- b) încetarea activității furnizorului prin faliment, dizolvare, lichidare;
- c) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- d) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate;
- e) anularea acreditării furnizorului de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 19. — În situațiile următoare:

- a) își schimbă sediul social, spațiul;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al furnizorului,

casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una din aceste situații.

Art. 20. — Situațiile prevăzute la art. 18 și art. 19 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute de art. 19 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 21. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

IX. Corespondența

Art. 22. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

X. Modificarea contractului

Art. 23. — Prezentul contract se poate verifica 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 45 de zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

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 mult cu puțință spiritului contractului.

XI. Soluționarea litigiilor

Art. 25. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 26. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 27. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești potrivit legii, în cazul în care nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

XII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare de servicii farmaceutice în cadrul sistemului de asigurări 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,

FURNIZOR DE SERVICII FARMACEUTICE
Reprezentantul legal,

C O N T R A C T

de furnizare de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice**I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul,
str. nr....., județ/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte/director
general,

și

Furnizorul de dispozitive medicale,
avizat de Ministerul Sănătății și acreditat de Casa de Asigurări de Sănătate, prin reprezentantul legal
....., cu autorizația de înființare nr, autorizația sanitară nr., având
sediul în localitatea, str.nr., telefon, contul nr.
deschis la, și codul fiscal nr....., acreditat de prin
.....

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor cuprinse în Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 privind aprobarea contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999 și în normele metodologice de aplicare a acestora.

III. Dispozitive medicale furnizate

Art. 2. — Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 8 la normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 și constau în:

- a) dispozitive pentru protezare O.R.L.;
- b) dispozitive pentru protezare stomii;
- c) dispozitive pentru incontinență urinară;
- d) proteze pentru membrul inferior;
- e) proteze pentru membrul superior;
- f) mijloace și dispozitive de mers;
- g) orteze;
- h) încălțăminte ortopedică;
- i) dispozitive pentru deficiențe vizuale.

IV. Durata contractului

Art. 3. — Prezentul contract se încheie pe perioada până la data de 31 decembrie 1999.

Art. 4. — Dacă nu este denunțat unilateral de către una dintre părți, prezentul contract se prelungește automat.

V. Obligațiile părților**A) Obligațiile Casei de Asigurări de Sănătate**

Art. 5. — Casa de Asigurări de Sănătate are următoarele obligații:

- a) să verifice acreditarea furnizorului de dispozitive medicale;
- b) să asigure decontarea pe baza documentelor de plată emise de furnizor și însoțite de confirmarea primirii sub semnatura beneficiarului a documentului care atestă eficacitatea actului de protezare validat de același medic de specialitate care a eliberat prescripția medicală.

B) Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

Art. 6. — Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

- a) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale, din lista furnizorilor acreditați de casa de asigurări de sănătate;
- b) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a solicitanților și aprobarea acordării dispozitivelor medicale prin decizia directorului general al casei de asigurări de sănătate, conform listei cuprinse în anexa nr. 8 la normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999;
- c) să livreze numai dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sănătății;
- d) să confecționeze dispozitivul medical la parametri tehnico-medicali corespunzători deficienței pentru care a fost recomandat;
- e) să livreze la termen dispozitivul medical comandat și să asigure primirea acestuia de către beneficiar;

- f) să execute orice modificare necesară dispozitivului medical în cazul în care nu au fost respectate specificațiile din prescripția medicului de specialitate;
- g) să verifice la livrare adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical și să predea beneficiarului certificatul de garanție și instrucțiunile de folosire și întreținere, cu specificarea termenului de garanție;
- h) să asigure și să suporte repararea și înlocuirea dispozitivului medical, pe timpul perioadei de garanție;
- i) să țină la loc vizibil și accesibil asiguraților un registru, numerotat și parafat de casa de asigurări de sănătate, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor asiguraților;
- j) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate privind modul de desfășurare a întregii sale activități contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- k) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;
- l) să informeze casa de asigurări de sănătate despre orice modificări survenite;
- m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- n) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate privind furnizarea de dispozitive, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora;
- o) să respecte criteriile de calitate.

VI. Modalități de plată

Art. 7. — Decontarea dispozitivelor medicale se face într-un quantum din prețul de referință stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe baza documentelor de plată emise de furnizor.

Art. 8. — 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.

Art. 9. — Dacă prețul de vânzare cu amănuntul a dispozitivelor medicale este sub prețul de referință, acesta este decontat integral de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 10. — După expirarea termenului de garanție în cazul reparării dispozitivelor medicale, casa de asigurări de sănătate decontează până la 50% din prețul de referință al acestora o singură dată între termenele de acordare a unui nou dispozitiv.

Art. 11. — (1) Decontarea la furnizor se face pe baza documentelor de plată emise de furnizor după confirmarea primirii de către asigurat a dispozitivului medical. Documentul de plată emis de furnizor este însoțit de confirmarea primirii dispozitivului medical, sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, actului de identitate și a carnetului de asigurat (alte acte care atestă calitatea de asigurat) sau a documentelor ce confirmă expedierea și trimiterea la domiciliu.

(2) În cazul depășirii fondului lunar alocat decontării cheltuielilor cu dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, se constituie liste de așteptare de către casele de asigurări de sănătate, conform cap. IV pct. 19 din normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 312/1999. În cazul protezării (protezare O.R.L., proteze pentru membrul superior și inferior) se anexează la documentul de plată un document prin care eficacitatea actului de protezare va fi validată de același medic de specialitate care a eliberat prescripția medicală.

Art. 12. — Plata dispozitivelor medicale se face în:

- a) contul nr., deschis la
- b)

Art. 13. — Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

VII. Răspunderea contractuală

Art. 14. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune interese.

Art. 15. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage penalități egale cu majorările aferente pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 16. — Furnizorul de dispozitive medicale garantează și răspunde de calitatea dispozitivelor medicale acordate asiguraților.

Art. 17. — Reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. Acesta răspunde material, civil și penal, în cazul în care se constată raportări eronate, conform legislației în vigoare.

Art. 18. — Clauză specială

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, grevă.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră, 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 când împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

VIII. Încetarea și rezilierea contractului

Art. 19. — În cazul neîndeplinirii obligațiilor contractuale, părțile contractante pot cere rezilierea prezentului contract după un preaviz de 45 de zile.

Art. 20. — Prezentul contract încetează de drept în următoarele situații:

- a) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;
- b) încetarea activității furnizorului prin faliment, dizolvare, lichidare;
- c) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- d) contravine prevederilor statutului casei de asigurări de sănătate;
- e) anularea acreditării furnizorului de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 21. — În situațiile următoare:

- a) își schimbă sediul social, își modifică sigla, spațiul;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al furnizorului,

casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una din aceste situații.

Art. 22. — Situațiile prevăzute la art. 20 și art. 21 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute de art. 21 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 23. — Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

IX. Corespondența

Art. 24. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile de la momentul în care intervin modificări ale adresei (inclusiv telefon, fax) sediului ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

X. Modificarea contractului

Art. 25. — Prezentul contract se poate verifica 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 45 de zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 26. — 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.

XI. Soluționarea litigiilor

Art. 27. — Părțile convin de comun acord ca orice litigiu ce decurge din prezentul contract să fie soluționat de Comisia Centrală de Arbitraj.

Art. 28. — Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

Art. 29. — Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă sunt de competența instanțelor judecătorești, potrivit legii, în cazul în care nu convin să se adreseze Comisiei Centrale de Arbitraj.

XII. Alte clauze

.....

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

AMBULATORUL DE SPECIALITATE

Lista serviciilor

Consultația de specialitate la nivel de medic primar include anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și analizelor de laborator disponibile, stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice, instruirea în legătură cu măsurile profilactice:

Caz nou = 15 puncte. Se consideră „Caz nou” prima prezentare a unui pacient în ambulatorul de specialitate, la un anumit medic, inclusiv preluarea unui pacient externat din spital.

Control = 10 puncte. Se consideră „Control”:

— prezentările ulterioare ale unui pacient la același medic (în afara primei prezentări), până la stabilirea diagnosticului și a tratamentului;

— controalele periodice ale unui pacient cunoscut;

— repreluarea unui pacient externat din spital;

— controalele după o intervenție chirurgicală până la vindecarea operației (inclusiv pansamentul plăgii, scoaterea firelor și manevrele chirurgicale impuse de anumite complicații minore);

Diferitele procedee diagnostice și terapeutice, specifice diferitelor specialități, vor fi punctate separat, după cum urmează:

1. Specialitatea Psihiatrie:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare (examen psihologic, QI, ancheta socială, teste, scale clinice)	15	—
	Consiliere psihiatrică pacient	15	5
	Psihoterapie individuală (pentru psihoze)	20	15
	Psihoterapie de grup (pentru psihoze)	20	15

2. Specialitatea Pneumoftiziologie:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Exuflația pneumotorax	15	—
	Citirea fiecărei serii de 10 clișee MRF	5	—
	Testul farmacodinamic bronhomotor	15	—
	Puncție pleurală exploratorie (cu/fără injectarea de substanțe intrapleurale)	8	—
	Toracocenteză cu evaluarea lichidului	15	—
	Spălătură pleurală	15	—
	Puncție biopsie pleurală	20	—
	Instalarea de cateter intrapleural și gesturi terapeutice ulterioare pe dren	15	8
	Instituire de pneumotorax/pneumoperitoneu terapeutic	15	6
	Puncție-biopsie pulmonară transtoracică	25	—
	(Re)Instruirea bolnavului pentru tehnici de kineziterapie respiratorie (drenaj, tapotaj, aerosoli, expectoranți, instilații endotraheale, aspirat gastric)	8	—
	Spălătură bronșică	10	—
	Lavaj bronhiolo-alveolar	25	—
	Teste cutanate cu seturi de alergen	8	—

3. Specialitatea Neurologie:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Puncția rahidiană	12	—

4. Specialitatea Neurochirurgie:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Terapia afecțiunilor neurochirurgicale ale țesuturilor epicraniene	20
	Terapia chirurgicală a durerilor craniofaciale	20

5. Specialitatea Cardiologie:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Control pacemaker definitiv	—	20
	Puncție pericardică	15	—
	Puncție-biopsie pericardică	25	—

6. Specialitatea Oncologie:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Biopsia de organ	25
	Puncție biopsie de organ	25
	Puncție-biopsie de organ ghidată ecografic sau tomografic	30
	Biopsie ganglionară	20
	Biopsie cutanată	15

7. Specialitatea Chirurgie generală:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Terapia chirurgicală a:	
	Panarițiului eritematos	10
	Panarițiului flictenular	10
	Panarițiului periunghiunal și subunghiunal	12
	Panarițiului antracoid	12
	Panarițiului pulpar	12
	Panarițiului osos, articular, tenosinoyal	15
	Flegmoanelor superficiale mână	12
	Flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor	15
	Abcesului de părți moi	15
	Abcesului pilonidal	15
	Furunculului	15
	Furunculului antracoid, furunculozei	15
	Hidrosadenitei	12
	Adenitei acute	12
	Flegmonului fesier ischiorectal, pelvirectal superior urinos	15
	Celulitei	15
	Celulitei crepitante, gazoase	15
	Fasceitei necrozante, ulcerului tunelizant, gangrenei bacteriene	15
	Seromului posttraumatic	12
	Arsuri termice < 10%	20
	Leziunilor externe prin agenți chimici	20
	Hematomului	10
	Edemului dur posttraumatic	12
	Plăgilor tăiate superficiale	10
	Degerăturilor (gr. I și gr. II)	12
	Degerăturilor (gr. III și gr. IV)	15
	Flebopatiilor varicoase superficiale, ruptura pachet varicos	20
	Varicelor hidrostatice (cronice, complicate)	20
	Adenoflegmonului	15
	Plăgilor înțepate superficial	10
	Afecțiunilor neinflamatorii ale părților moi (lipoame, chisturi sebacee, tumorete)	10
	Afecțiunile peretelui abdominal	25
	Supurațiilor postoperatorii	12
	Tratamentul și îngrijirea piciorului diabetic	12
	Amputație degete la mână, fiecare deget	12
	Amputație de police la nivelul metacarpului	12
	Afecțiunilor mamare superficiale	12
	Supurațiilor mamare profunde	15

8. Specialitățile Medicină internă, Geriatrie, Boli metabolice și diabet zaharat, Pediatrie, Endocrinologie: serviciile oferite de medicii cu aceste specialități vor fi punctate la fel ca serviciile similare oferite de specialitățile Pneumoftiziologie, Cardiologie, Gastroenterologie, Nefrologie, Reumatologie.

9. Specialitatea Dermatovenerologie:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Excizia leziunii cutanate	15
	Biopsie cutanată	15
	Avulsia lamei unghiale	15
	Acoperirea defectelor primare	30
	Chiuretajul leziunilor cutanate	15
	*Peeling chimic cu substanțe caustice	12

Cod	Serviciul medical	Caz
	Electrochirurgia	25
	*Dermabraziunea	25
	*Crioterapia	25
	Terapia intralezională	10
	*Terapia cu dermojet	10
	Terapia topică cu agenți citoxici	8
	*Tratamente cu laser	25
	Testări cutanate intradermice	8
	Fototeste, patch-teste, foto-patch-teste	5
	Desensibilizări	8
	Deschiderea și exprimarea chisturilor	15
	*Tratamentul comedoanelor cu comedon extractor	8
	*PUVA — terapia sistemică cu psoraleni	10
	*PUVA — terapia locală cu psoraleni	15
	Recoltarea unui produs patologic	5

10. Specialitatea O.R.L.: consultația O.R.L. include: examen nas-sinusuri, examen buco-faringoscopic, rinoscopie posterioară, examenul laringoscopic și hipofaringoscopic, examenul otoscopic, probe de acumetrie fonică și instrumentală, examen vestibular, examen nervi cranieni. Se punctează similar cu orice altă consultație.

Consultația de logopedie se punctează similar cu orice altă consultație.

Cod	Serviciul medical	Caz
	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe, trahee, bronhii	10
	Examen stroboscopic	10
	Polipectomie nazală, auriculară	15
	Redresare piramida nazală	15
	Tamponament posterior	10
	Puncție sinusală	10
	Tratament plagă superficială	10
	Infiltrații	5
	Biopsie nas, cavum, laringe	15
	Tratament chirurgical colecție: sept, flegmon, periamigdalian, furuncul CAE	12
	Tratament chirurgical al flegmonului cervical	15
	Timpanotomie	5
	Extracție corpi străini nazali, auriculari, orofaringieni	5
	Tamponament anterior	5
	Examen de cavum cu ancorare	5
	Extracție, spălătură dop cerumen	2
	Examen laringe după anestezie de contact și ancoraj de epiglotă	3
	Cauterizare mucoasă nazală	3
	Insuflație tubară	3
	Aspirație secreție	3
	Instilație laringiană	3
	Anemizarea mucoasei nazale	2
	Badijonaj nazal, orofaringian	2
	Recoltarea unui produs patologic	5
	Adenoidectomie	15
	Amigdalectomie	15
	Cura chirurgicală a othematomului	10

11. Specialitatea Ortopedie și traumatologie : consultația include și tratamentul ortopedic specific, cu următoarele excepții în care se adaugă un număr de puncte proporțional cu complexitatea tratamentului respectiv conform tabelului:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Tratamentul entorsei genunchiului	10
	Tratamentul entorsei coloanei vertebrale cervicale	10
	Tratamentul luxației perilunare	10
	Tratamentul luxației șoldului, genunchiului	10
	Tratamentul luxației gleznei tarso-metarsiene	8
	Tratamentul fracturii fără deplasare femur, gamba, gleznă, rotulă	5
	Tratamentul fracturii fără deplasare mână, picior	3
	Tratamentul fracturii cu deplasare scapulă, col chirurgical humerus, diafiză humerală, cot	12
	Tratamentul fracturii cu deplasare antebraț, pumn	12

Cod	Serviciul medical	Caz
	Tratamentul fracturii oase carpiene, metacarpene, falange	5
	Tratamentul fracturii cu deplasare femur, rotulă, gambă, gleznă	15
	Tratamentul fracturii cu deplasare tars, metatars, falange	12
	Tratamentul fracturii de bazin	12
	Tratamentul fracturii stabile de coloană vertebrală	15
	Tratamentul fracturii instabile de coloană vertebrală	18
	Tratamentul unei rupturi tendinoase (tendon achilian, bicipital, cvadricipital)	3
	Tratamentul discopatiei cervicale sau lombare	5
	Prim ajutor în fractură deschisă de membre	15
	Tratamentul PSH	10
	Tratamentul unei osteonecroze aseptice (osteocondroze) la nivelul scafoidului tarsian, semilunar, cap metatarsian II sau III etc.	5
	Tratamentul unei necroze juvenile a capului femural (maladia Legg Calve Perthes)	10
	Tratamentul unei infecții osoase (osteomielită, osteită)	3
	Tratamentul unei tuberculoze osteoarticulare	5
	Tratamentul în scolioze, cifoze, spondilolistezis	12
	Examen diagnostic și tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni	15
	Tratamentul în displazia luxantă a șoldului la vârsta mersului și după	15
	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni	5
	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	3

12. Specialitățile Reumatologie și Medicină fizică și de recuperare:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Infiltrație (corticosteroid, xilină, boicil etc.) în structuri ale țesutului moale	3
	Infiltrație intraarticulară	5
	Mezoterapie (o ședință/ o zonă)	3
	Aplicarea unei conținții suple articulare	8
	Confecționarea și/sau aplicarea unei artroze	20
	Manipulare articulații periferice	5
	Manipulare coloană	8

N.B.: Costurile pentru fizioterapie (terapie fizicală) în asistență ambulatorie se suportă din fondurile caselor de asigurări de sănătate în primele zece zile de tratament, după care bolnavul plătește integral procedura. Ele se vor stabili prin tarifyare.

13. Specialitatea Urologie:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Secțiunea meatului uretral stenoizat	12
	Dilatația stricturii uretrale	8
	Secțiunea optică a stricturii uretrale	12
	Tratamentul chirurgical al flegmonului periuretral	10
	Instilațiile endouretrale și endovezicale medicamentoase	5
	Cateterismul uretrovezical „à demeure“ pentru retenție completă de urină	5
	Uretroscopie ambulatorie	10
	Extragerea endoscopică de corpi străini (din uretră, vezică)	10
	Rezecție endoscopică a unei tumori vezicale	25
	Prostatectomie ambulatorie	25
	Orhidectomie ambulatorie	20
	Schimbare cateter nefrotomie, cistostomie percutană, uretrovezical	10
	Schimbare cateter ureteral Cook	12
	Măsurarea reziduului vezical	3
	Epididimectomie ambulatorie	20
	Drenaj scrotal (abces, hematom)	12
	Operație pentru hidrocel, spermatocele, chist epididimar funicular etc. (ambulator)	20
	Cistostomia minimă suprapubiană	15
	Nefrostomia percutanată ambulatorie	25
	Drenaj intern cu sondă Cook (insertie)	25
	Scos drenaj intern sondă Cook	15
	Drenaj percutanat colecție lombară	15
	Puncție-biopsie prostatică transrectală	15
	Tratamentul chirurgical al rupturii de corpi cavernoși	12

14. Specialitatea Nefrologie:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Biopsia renală	25	—
	Ședință de dializă peritoneală	8	8

15. Specialitatea Alergologie și imunologie clinică:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Teste cutanate cu seturi de alergen	8	8
	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică	15	10
	Teste de provocare medicamentoasă	15	10
	Determinarea concentrației acarienilor în mediu	15	—
	Determinarea concentrației polenurilor și mucegaiurilor din mediu	20	—

16. Specialitatea Chirurgie cardiacă și a vaselor mari:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Implantare pacemaker definitiv	25	—
	Puncție pericardică cu/fără drenaj	15	—
	Puncție-biopsie pericardică	25	—
	Puncție pleurală exploratorie (cu/fără injectarea de substanțe intrapleurale)	8	—
	Toracocenteză cu evacuarea lichidului	15	—
	Sutură vasculară	15	—

17. Specialitatea Chirurgie toracică:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Exuflaxia pneumotorax	15	—
	Puncție pleurală exploratorie (cu/fără injectarea de substanțe intrapleurale)	8	—
	Toracocenteza cu evacuarea lichidului	15	—
	Splatură pleurală	15	—
	Puncție biopsie pleurală	20	—
	Instalarea de cateter intrapleural și gesturi terapeutice ulterioare de dren	15	8
	Instituire de pneumotorax/pneumoperitoneu	15	6
	Puncție-biopsie pulmonară transtoracică	25	—
	Recoltarea (provocată) de secreții ale aparatului respirator (drenaj, tapotaj, aerosoli, expectoranți, instilații endotraheale, aspirat gastric)	8	—
	Spălătură bronșică	10	—
	Lavaj bronhiolo-alveolar	25	—
	Puncție pericardică cu/fără drenaj	15	—
	Puncție-biopsie pericardică	25	—
	Sutură vasculară	15	—

18. Specialitatea Oftalmologie: consultația de oftalmologie include și: explorarea funcției aparatului lacrimal, prescripția corecției optice și tratamentul ambliopiei.

Cod	Serviciul medical	Caz
	Determinarea acuității vizuale (biomicroscopia polului anterior, ex. FO, tonometria)	10
	Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, utilizare lentile keratometrie)	5
	Explorarea câmpului vizual (cu spot alb și spot colorat)	5
	Explorarea simțului cromatic cu tabele pseudoizocromatice	1
	Explorarea funcției binoculare (test Worth, sinoptofor, examen diplopie)	8
	Biomicroscopia fundului de ochi	3
	Gonioscopie	5
	Oftalmodinamometria, inclusiv tonometria	5
	Proba de provocare pentru stabilirea diagnosticului de glaucom, minim 6 tonometrizări	10
	Diafanoscopie; exoftalmometrie; determinarea sensibilității corneene	2
	Alegerea și fixarea unei proteze	2
	Extracția corpiilor străini conjunctivali	3
	Extracția corpiilor străini corneeni superficiali inclusiv curățarea ruginei	5
	Extracția corpiilor străini corneeni profunzi	8

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Extracția corpiilor străini sclerali neperforanți	8	
	Tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (salazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist, flegmon, abces, sutura unei plăgi, intervenții chirurgicale estetice)	12	
	Tratamentul chirurgical al deviațiilor palpebrale (entropion, ectropion, puncte lacrimale eversate)	25	
	Tratamentul chirurgical al pterigionului	20	
	Abrazia corneei; termocauterizarea corneei; crioaplicații	8	
	Tratament cu LASER la polul posterior	30	
	Sondajul complet al căilor lacrimale la un ochi, în scop terapeutic	8	
	Tratament cu LASER la polul anterior	25	
	Aplicații locale ale unor substanțe medicamentoase în scop terapeutic sau de diagnostic	2	

19. Specialitatea Chirurgie plastică și reparatorie:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Tratamentul chirurgical al tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor	10
	Tratamentul chirurgical al unei tumori a scalpului, simplă	10
	Tratamentul chirurgical al plăgii tăiate (contuză) simple a feței	10
	Tratamentul chirurgical al tumorilor feței, simple, însoțite de plastie	15
	Cura chirurgicală a microstomiei	15
	Tratamentul chirurgical al plăgilor tăiate, contuze ale buzelor	10
	Plastii ale buzelor cu lambouri locale triunghiulare	15
	Tratamentul chirurgical al tumorilor simple ale buzei	10
	Tratamentul chirurgical al retractății cicatriceale a comisurii gurii, transplant de piele	15
	Aponevrectomie palmară pentru maladia Dupuytren simplă	25
	Rezecție modelantă pentru microdactilie	15
	Plastie cu lambou triunghiular în sechele cicatriceale față palmară degete, un deget	15
	Tenorafie tendoane, flexoare degete, mână sau antebraț, fiecare tendon	20
	Amputație traumatică cu lipsă de părți moi la nivelul unui deget, plastie	
	Grossfinger timp I + II	25
	Cură chirurgicală a sindromului canalului carpian	15
	Reconstrucție de pavilion cu lambou Filatov	25
	Mamoplastie de reducere, ptoză simplă	30
	Ablația limitată a unor tumori benigne ale mamelei	20
	Malformație congenitală a pavilionului urechii, simplă	30
	Xantelasma unilaterală, bilaterală	12
	Operație pentru ptoză palpebrală	30

20. Specialitatea Gastroenterologie:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Aspirație gastrică (diagnostică și terapeutică)	5
	Dilatație esofagiană (balonaș, bujii)	20
	Polipectomie endoscopică gastrică	25
	Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană	25
	Polipectomie endoscopică colonică — descendent, transvers, ascendent, cec	30
	Paracenteză	8

21. Specialitatea Radioterapie:

Consultația inițială în vederea stabilirii indicației, eventualelor contraindicații, a protocolului de radioterapie, precum și informarea pacientului se punctează cu 15 puncte. Controalele ulterioare se punctează cu 10 puncte.

22. Specialitatea Hematologie clinică:

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Puncție-biopsie osoasă cu amprentă	20	—
	Puncție aspirat de măduvă osoasă	12	—

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Puncție ganglionară	15	—
	Puncție rahidiană	12	—
	Puncție tumorete cutanate pentru diagnostic	5	—
	Flebotomie terapeutică	5	—
	Proba Rumpell-Leede	1	—

23. Specialitatea Obstetrică-Ginecologie:

Consultația obstetricală și/sau ginecologică include și: recoltarea secreției vaginale, recoltarea secreției mamelonare.

Cod	Serviciul medical	Caz nou	Control
	Colposcopie	10	—
	Histeroscopie diagnostică	20	—
	Histeroscopie cu biopsie	30	—
	Biopsie prin raclaj (chiuretaj biopsic fracționat)	15	—
	Histerosalpingografie	15	—
	Hidrotubație – insuflație utero-tubară	18	—
	Testul Huhner	8	8
	Puncție diagnostică a Douglasului	10	—
	Aplicarea unui sterilet	8	—
	Îndepărtarea unui sterilet	5	—
	Întrerupere de sarcină	20	—
	Biopsie de col fragmentară cu biotomul	15	—
	Cauterizarea sau criocauterizarea colului	15	—
	Biopsie exocol cu ansă diatermică	15	—
	Ablația unui polip sau fibrom cervical	15	—
	Conizația cu ansa diatermică sau cu bisturiul	25	—
	Extirparea unui chist vaginal sau Bartholin, marsupializare	22	—
	Incizia unui abces Bartholin	8	—
	Puncție-biopsie a sânului	12	—
	Examen cardio-tocografic cu NTS (test non stres)	15	—
	Tratamente locale: badijonaj, lavaj	8	—
	Excizii și/sau cauterizări (polipi, vegetații vulvă, vagin, col)	10	—
	Tamponament vaginal (sau al cavității uterine) în caz de sângerare, ca prestație de sine stătătoare	12	—
	Introducerea (schimbarea) unui pesar	5	—
	Îndepărtarea unui pesar	3	—

24. Specialitățile de Chirurgie pediatrică și Ortopedie pediatrică:

Se punctează la fel cu specialitățile similare ale adultului.

NB: Toate tratamentele chirurgicale sau intervenționale includ:

- Pregătire locală și generală preoperatorie;
- Incizie și tratamentul chirurgical specific;
- Sutura și controlul hemostazei;
- Pansarea și îngrijirea postoperatorie imediată;

Anestezia este punctată separat, după cum urmează:

Cod	Serviciul medical	Caz
	Anestezie locală de contact	2
	Anestezie locală prin infiltrație	5
	Anestezie generală (/oră)	20
	Anestezie peridurală	25
	Rahianestezie	20

LISTA

cuprinzând investigațiile paraclinice recomandabile de către medicii de familie și medicii din ambulatoriul de specialitate

A. Pentru medicina de familie

Analize de laborator:Analize de sânge:

1. Hemoleucogramă completă (hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare reticulocite, numărătoare leucocite, formulă leucocitară, numărătoare trombocite);

2. VSH;

3. Fibrinogenemie;

4. Uree;

5. Creatinină;

6. Acid uric;

7. Transaminaze (TGO, TGP);

8. Bilirubină (totală, directă și indirectă);

9. Fosfatază alcalină;

10. Timol sau alt test disproteinemie;

11. Glicemie;

12. Reacție de serologie a sifilisului (RBW, VDRL);

13. Colesterol;

14. Lipide totale;

15. Trigliceride;

16. Timp de sângerare;

17. Timp Quick, activitate de protrombină sau INR;

18. Ionogramă (Na, K);

19. Calcemie;

20. Hormoni tiroidieni;

21. Testare HIV

Analize de urină:

1. Sumar de urină;

2. Urocultură (inclusiv cu antibiogramă);

IDR la PPD.

Probe paraclinice:

1. Electrocardiogramă;

2. Ecografie generală;

3. Examen coproparazitologic;

4. Examen radiologic toracopulmonar (radioscopie, MRF sau radiografie față ± profil);

5. Exudat faringian

B. Ambulatoriul de specialitate

Analize de sânge:

1. Hemoleucogramă completă (hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare reticulocite, numărătoare leucocite, formulă leucocitară, numărătoare trombocite);

2. Sideremie;

3. VSH;

4. Fibrinogenemie;

5. Proteina C reactivă;

6. Uree;

7. Creatinină;

8. Acid uric;

9. Transaminaze (TGO, TGP);

10. Bilirubină (totală, directă și indirectă);

11. Fosfatază alcalină;

12. LDH;

13. Timol sau alt test disproteinemie;

14. Electroforeză;

15. Imunogramă;

16. Glicemie;

17. Reacție de serologie a sifilisului;

18. Colesterol;

19. Lipide totale;

20. Trigliceride;

21. LDL, HDL;

22. Timp Quick, activitate de protrombină sau INR;

23. APTT;

24. Factor antinuclear;

25. Celule lupice;

26. Factor reumatoid;

27. Ionogramă (Na, K);

28. Calcemie;

29. Magneziemie;

30. Hormoni tiroidieni;

31. Gamma GT

32. Mioglobină

33. Proteina C și S

34. Complement seric

35. Amilazemie

36. Explorarea echilibrului acido-bazic.

Analize de urină:

1. Sumar de urină;

2. Addis;

3. Dozare proteine urinare;

4. Dozare glucoză în urină;

5. Urocultură (inclusiv antibiogramă);

Investigații microbiologice, parazitologice, virusologice

1. Examine microscopice pe frotiu;

2. Examine pe culturi bacteriene;

3. Antibiogramă;

Examen suc gastric, duodenalExamen materii fecale (inclusiv coprocultură)IDR la PPDExamine cito- și histopatologice:

1. Pregătirea și evaluarea unui examen histopatologic uzual

2. Pregătirea și evaluarea unui examen histopatologic extemporaneu

3. Pregătirea și evaluarea unui examen citopatologic uzual

4. Pregătirea, efectuarea, prelucrarea și evaluarea citopatologică a materialului obținut prin puncție cu ac fin

Probe paraclinice:

1. Electrocardiogramă;

2. Examen radiologic craniu în mai multe incidente, inclusiv sinusuri anterioare ale feței;

3. Examine radiologice schelet

4. Examen radiologic coloană vertebrală, pe segmente

5. Examen radiologic toracopulmonar (radioscopie, MRF sau radiografie față ± profil);

6. Examen radiologic abdominal nativ într-o singură incidență;

7. Examen radiologic tract digestiv superior cu ajutorul substanței de contrast (inclusiv urmărirea tranzitului intestinal la nivelul colonului — pasaj anterograd);

8. Examen radiologic vezică biliară și/sau canale biliare, cu ajutorul substanțelor de contrast administrate oral/intravenos;

9. Mamografie;

10. Ecografie abdominală (inclusiv sfera genitală);

11. Probe respiratorii simple (CV, VEMS);

12. Peak-flowmetria.

**DURATA MEDIE DE SPITALIZARE ÎN ANUL 1998
considerată optimă pentru anul 1999**

Nr. crt.	Tipul secției	Tipuri de spital		
		Clinice	Municipale și orașenești	Comunale
1.	A.T.I.	3,41	3,25	—
2.	Balneofizioterapie	14,68	11,92	10,27
3.	Boli infecțioase	8,79	8,16	12,81
4.	Cardiologie	8,45	9,35	—
5.	Chirurgie generală	7,09	6,73	8,74
6.	Chirurgie infantilă	4,97	4,37	—
7.	Chirurgie cardiovasculară	8,16	—	—
8.	Chirurgie toracopulmonară	12	17,41	—
9.	Chirurgie B.M.F.	7,97	7,21	—
10.	Chirurgie plastică și reparatorie	9,57	10,39	—
11.	Cronici	12,16	14,48	18,91
12.	Dermatovenerologie	13,82	13,08	15,98
13.	Diabet, boli de nutriție	8,34	6,78	—
14.	Distrofici	127,76	80,41	46,58
15.	Endocrinologie	8,93	9,23	—
16.	Ftiziologie	26,09	31,23	51,57
17.	Gastroenterologie	8,42	10,17	—
18.	Ginecologie	5,85	4,55	—
19.	Hematologie	6,98	10,44	—
20.	Medicină generală	—	11,91	7,69
21.	Medicină internă	8,65	9,2	10,1
22.	Nefrologie	3,92	2,58	—
23.	Neurochirurgie	7,79	5,79	—
24.	Neurologie	11,17	10,42	20,77
25.	Neuropsihiatrie	12,1	20,04	114,73
26.	Nevroze	29,97	35,64	22,51
27.	Nou-născuți	6,54	6,66	6,41
28.	Obstetrică	4,24	5,26	4,86
29.	Obstetrică-ginecologie	4,48	5,21	5,85
30.	Obstetrică pentru nașteri normale	2,06	4,75	5,6
31.	Oftalmologie	8,33	8,39	—
32.	Oncologie	8,76	7,5	—
33.	O.R.L.	6,76	6,68	—
34.	Ortopedie și traumatologie	11,68	9,64	—
35.	Pediatrie	7,69	7,48	9,38
36.	Pneumologie	—	14,39	21,76
37.	Prematuri	33,48	12,78	—
38.	Psihiatrie	19,76	17,02	27,55
39.	Psihiatrie bolnavi acuți	16,36	15,48	20,9
40.	Psihiatrie bolnavi cronici	—	67,18	72,28
41.	Recuperare medicală	14,56	13	18,11
42.	Reumatologie	10,99	11,81	34,72
43.	T.B.C. osteoarticular	—	—	30,72
44.	Urologie	8,11	8,64	—

LISTA
cuprinzând serviciile medicale spitalicești

1. Servicii cu spitalizare*Servicii cu spitalizare continuă și/sau săptămânală*

Profil medical	Profil chirurgical
Medicină internă	Chirurgie generală
Gastroenterologie*)	Urologie*)
Cardiologie	Ortopedie
Diabetologie*)	O.R.L.
Endocrinologie*)	Oftalmologie
Alergologie și Imunologie	Ginecologie
Nefrologie	Chirurgie plastică*)
Hematologie	Chirurgie buco-maxilo-facială*)
Pediatrie	Anestezie și terapie intensivă
Dermatologie	Chirurgie toracică
Neurologie	
Oncologie*)	
Radioterapie*)	
Neonatalogie	
Reumatologie	
Balneofizioterapie	
Psihiatrie**)	
Pneumoftiziologie**)	
Boli infecțioase**)	

Servicii cu spitalizare de zi

Profil medical	Profil chirurgical
Pediatrie	Chirurgie generală-endoscopie
Dermatologie	Urologie-endoscopie*)
Neurologie	Ortopedie
Oncologie*)	O.R.L.
Medicină internă	Oftalmologie
Gastroenterologie*)	Ginecologie
Cardiologie	Chirurgie buco-maxilo-facială*)
Diabetologie	ATI
Endocrinologie*)	Chirurgie toracică
Alergologie și Imunologie*)	
Nefrologie-dializă	
Reumatologie	
Hematologie	
Radioterapie*)	
Neonatalogie	

2. Alte servicii**INVESTIGAȚII PARACLINICE**

Hematologie
Biochimie
Microbiologie
Anatomie patologică
Citologie
Histologie
Radiologie
Proceduri de fizioterapie
Transfuzii
Ecografii
Electrocardiogramă
Explorări funcționale

3. Servicii speciale

Servicii de reabilitare a sănătății
Tratament medical la domiciliu
Transport în situații de urgență
Ajutor de menaj

*) Specialitate regională.

**) Pot fi și servicii cu spitalizare de lungă durată.

LISTA
cuprinzând serviciile medicale de înaltă performanță și alte servicii
care nu sunt decontate de casele de asigurări de sănătate

Observații:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Rezonanță magnetică nucleară | la cerere |
| 2. Tomografie computerizată | la cerere |
| 3. Scintigrafie | la cerere |
| 4. Angiografie | la cerere |
| 5. Endoscopie | la cerere |
| 6. Osteodensitometrie cu DEXA, DEPA | |
| 7. Plasmafereză | |
| 8. Complianță vasculară | |
| 9. Fertilizare „in vitro“ | |
| 10. Imunohistochimie | |
| 11. Histoenzimologie | |
| 12. Hibridizare „in vitro“ | |
| 13. Citometrie in flux | |
| 14. Polymerase chain reaction | |
| 15. Citogenetică | |
| 16. Diagnostic prenatal, analiza ADN, teste biochimice și citogenetice, biopsie de vilozități coriale, amniocenteză, cordocenteză, celule fetale din sânge matern, diagnostic genetic preimplantatoriu | |
| 17. Tratamente chirurgicale plastice și reparatorii în scop estetic, inclusiv transplantul de păr | |
| 18. Chirurgie compartimentală și de reconstrucție | |
| 19. PUVA terapia | |
| 20. Markerii tumorali imunologici | |
| 21. Imunofenotipare | |
| 22. Mediastinoscopie | |
| 23. Iradiere intraoperatorie | |
| 24. Uretrocistoscopie ambulatorie | |
| 25. Secționarea-ligatura canalelor deferente | |
| 26. Electroretinografie | |
| 27. Electrooculografie | |
| 28. Epilare | |
| 29. Gimnastică medicală | |
| 30. Socioterapie | |
| 31. Acordarea de asistență medicală de recuperare și terapie fizicală: | |
| — injecții, infiltrații (țesut moale, intraarticular, epidural) pentru pacienții în asistență de terapie fizicală | |
| — procedee de fizioterapie mai mult de două săptămâni | |
| — orteze statice și dinamice sau contenții suple articulare | |
| — manipulări, tracțiuni, terapie manuală mai mult de două săptămâni | |
| — pentru un număr mai mare de două reconsulturi periodice pentru evaluarea evoluției bolii și a nivelului disfuncțional, pentru corectarea programului de recuperare | |
| 32. Kinetoterapofilaxie — program pentru grup de 5 persoane | |
| 33. Kinetoterapie în boli metabolice, nevroze — grup 5—10 persoane | |
| 34. Kinetoterapie în debilități fizice — grup 5—10 persoane | |
| 35. Hidrokinetoterapie — grup 5—10 persoane la piscină | |
| 36. Program relaxare generală în grup | |
| 37. Mecanoterapie | |
| 38. Interviu cu familia/apartinători | |
| 39. Consiliere psihiatrică a familiei/apartinătorilor | |
| 40. Psihoterapia familiei copilului | |
| 41. Acoperirea defectelor primare (dermice) | |
| 42. Peeling chimic cu substanțe caustice | |
| 43. Dermabraziunea | |
| 44. Terapia cu dermojet | |
| 45. Tratamentul comedoanelor cu comedon-extractor | |

NB 1. Lista poate fi modificată prin hotărâre comună a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Medicilor din România.

2. În situații de excepție, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se poate solicita plata de către casele de asigurări de sănătate a unor proceduri terapeutice de ultimă oră, a căror eficiență este demonstrată.

LISTA
cuprinzând serviciile stomatologice și tarifele acestora

Cod	Acte terapeutice	Tarife	Plata C.A.S. (%)	
			Copii	Adulți
1.	Consultație			
1.1.	Consultație primară, stabilirea diagnosticului și elaborarea planului de tratament	40.000	100%	—
1.2.	Consultație secundară, diagnostic, plan de tratament complex	50.000	100%	—
1.3.	Radiografii retroalveolare/radiografie	20.000	100%	—
1.4.	Model de studiu	40.000	100%	—
2.	Terapia cariei simple			
2.1.	Tratamentul cariilor pe o suprafață prin obturații cu amalgam	50.000	100%	40—60%
2.2.	Tratamentul cariilor pe două suprafețe prin obturații cu amalgam	60.000	100%	40—60%
2.3.	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu amalgam	70.000	100%	40—60%
2.4.	Tratamentul cariilor pe o suprafață prin obturații cu materiale compozite	75.000	100%	40—60%
2.5.	Tratamentul cariilor pe două suprafețe prin obturații cu materiale compozite	80.000	100%	40—60%
2.6.	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu materiale compozite	85.000	100%	—
2.7.	Aplicarea sistemelor de retenție extemporane	20.000	100%	—
2.8.	Aplicarea sistemelor de retenție prefabricate	40.000	100%	—
2.9.	Finisarea și lustruirea obturațiilor/dinte	15.000	100%	—
2.10.	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	15.000	100%	—
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare			
3.1.	Pansament calmant	20.000	100%	—
3.2.	Coafaj indirect într-un singur timp	30.000	100%	—
3.3.	Coafaj indirect sau coafaj direct în 2 timpi	70.000	100%	—
3.4.	Pulpectomie vitală cu obturarea canalului pe dinți monoradiculari	90.000	100%	—
3.5.	Pulpectomie vitală cu obturare pe dinți pluriradiculari	100.000	100%	—
3.6.	Amputație vitală	70.000	100%	—
3.7.	Amputație devitală	70.000	100%	—
3.8.	Pulpectomie devitală cu obturarea canalului pe dinți pluriradiculari	90.000	100%	—
3.9.	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturarea canalului pe dinți monoradiculari	100.000	100%	—
3.10.	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturarea canalului pe dinți pluriradiculari	120.000	100%	—
3.11.	Dezobturarea canalelor radiculare/canal	35.000	100%	—
3.12.	Îndepărtarea corpiilor străini din canale	50.000	100%	—
4.	Tratamentul parodontitelor apicale			
4.1.	Tratamentul parodontitei apicale acute prin drenaj endodontic	35.000	100%	100%
4.2.	Tratamentul parodontitei apicale acute prin drenaj endodontic, incizii muco-periostală, osteotomie transmaxilară	75.000	100%	100%
4.3.	Tratamentul parodontitei apicale cronice + obturarea canalului la dinți monoradiculari	100.000	100%	—
4.4.	Tratamentul parodontitei apicale cronice + obturarea canalului la dinți pluriradiculari	125.000	100%	—
4.5.	Obturație la dinții devitali cu amalgam	100.000	100%	—
4.6.	Obturație la dinții devitali cu materiale compozite	100.000	100%	—
5.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal			
5.1.	Tratamentul abcesului parodontal	30.000	100%	—
5.2.	Echilibrare ocluzală prin șlefuire selectivă/ședință	40.000	100%	—
5.3.	Conținție provizorie prin ligaturi de sârmă	30.000	100%	—
5.4.	Chiuretaj în câmp închis/dinte	50.000	—	—
5.5.	Tratamentul aftelor bucale/ședință	20.000	100%	—
5.6.	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință	30.000	100%	—
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare			
6.1.	Anestezie locală de contact	10.000	100%	40—60%
6.2.	Anestezie prin infiltrație	30.000	100%	40—60%
6.3.	Extracție de dinți sau resturi de dinți monoradiculari	45.000	100%	40—60%
6.4.	Extracție de dinți sau resturi de dinți pluriradiculari	60.000	100%	40—60%
6.5.	Extracții alveoloplastice	80.000	100%	40—60%
6.6.	Extracție prin alveolotomie	95.000	100%	40—60%
6.7.	Extracție de dinți deciduali	40.000	100%	—
6.8.	Extracție de dinți la hemofilici sau handicapați	100.000	100%	100%
6.9.	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracționale	35.000	100%	100%

Cod	Acte terapeutice	Tarife	Plata C.A.S. (%)	
			Copii	Adulți
6.10.	Tratamentul pericoronaritelor cu decapușonare	50.000	100%	100%
6.11.	Tratamentul de urgență al plăgilor buco-maxilo-faciale	90.000	100%	100%
6.12.	Imobilizarea de urgență a luxațiilor dentare	90.000	100%	100%
6.13.	Imobilizarea de urgență a fracturilor maxilare	140.000	100%	100%
6.14.	Reducerea luxațiilor temporo-mandibulare	50.000	100%	100%
6.15.	Controlul și tratamentul postoperator	25.000	100%	—
7.	Tratamente protetice			
7.1.	Ablație coroană de înveliș	25.000	100%	—
7.2.	Reconstituire corono-radiculară cu pivot prefabricat	100.000	40%	—
7.3.	R.C.R. confecționată în laborator	145.000	100%	—
7.4.	Coroană metalică turnată	150.000	100%	—
7.5.	Coroană metalo-acrilică sau de substituție	180.000	100%	—
7.6.	Coroană de acrilat	140.000	100%	—
7.7.	Proteză parțială acrilică cu până la 7 dinți	600.000	100%	—
7.8.	Proteză parțială acrilică cu peste 7 dinți	700.000	100%	—
7.9.	Proteză totală acrilică	800.000	100%	—
7.10.	Căptușire proteză acrilică în cabinet	100.000	100%	—
7.11.	Căptușire sau rebazare proteză acrilică în laborator	170.000	100%	—
7.12.	Reparație simplă proteză acrilică	80.000	100%	100%
7.12.1.	La fiecare croșet se adaugă	20.000	100%	100%
7.12.2.	La fiecare dinte se adaugă	25.000	100%	100%
7.13.	Individualizarea protezelor acrilice/ședință	20.000	100%	—
8.	Tratamente ortodontice			
8.1.	Decondiționarea obiceiului vicios de sugere a degetului, prin aparate ortodontice	800.000	100%	—
8.2.	Decondiționarea deglutiției infantile, prin aparate ortodontice	900.000	100%	—
8.3.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatulă/ședință	35.000	100%	—
8.4.	Tratamentul angrenajului invers prin inel/gutieră + barbiță și capelină	750.000	100%	—
8.5.	Șlefuirea dinților în scop ortodontic/dinte	30.000	100%	—
8.6.	Menținătoare de spații fixe	200.000	100%	—
8.7.	Menținătoare de spații mobile	800.000	100%	—
9.	Activități profilactice			
9.1.	Consultație în cadrul dispensarizării	45.000	100%	100%
9.2.	Educație pentru sănătatea buco-dentară/ședință	30.000	100%	—
9.3.	Determinarea indicelui de placă bacteriană	30.000	100%	—
9.4.	Determinarea indicilor de inflamație parodontală	40.000	100%	—
9.5.	Educație pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/ședință	40.000	100%	—
9.5.	Periaj dentar profesional/ședință	50.000	100%	—
9.6.	Clătiri bucale cu soluții fluorurate/ședință	30.000	100%	—
9.7.	Fluorizări locale cu soluții/arcadă	35.000	100%	—
9.8.	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă	45.000	100%	—
9.9.	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă	90.000	100%	—
9.10.	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu glassionomeri/dinte	50.000	100%	—
9.11.	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu materiale compozite/dinte	80.000	60%	—
9.12.	Educație pentru decondiționarea obiceiurilor vicioase	30.000	60%	—
9.13.	Exerciții de reeducare funcțională/ședință	35.000	100%	—
9.14.	Exerciții de miogimnastică	35.000	100%	—
9.15.	Detartraj manual supra- și subgingival/dinte	40.000	100%	—
9.16.	Detartraj mecanic supra- și subgingival/dinte	50.000	100%	—
9.17.	Vibromasaj gingival/arcadă	30.000	—	—
9.18.	Control oncologic preventiv confirmat	100.000	100%	100%

LISTA
cuprinzând dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Proteză auditivă pentru hipoacuzii ușoare-medii	a) Retroauriculară b) Intraauriculară	amplificare: 0.....50 dB nivel maxim: 110 +/- 5 dB	DA DA	*) *)
2.	Proteză auditivă pentru hipoacuzii medii-severe	a) Retroauriculară b) Intraauriculară	amplificare: 0.....60 dB nivel maxim: 120 +/- 10 dB	DA DA	*) *)
3.	Proteză auditivă pentru hipoacuzii severe și profunde	Retroauriculară	amplificare: 0.....>60 dB nivel maxim: >130 dB	DA	*)
4.	Proteză fonatorie	Vibrator laringian	nivel maxim: >90 dB	DA	*)

*) Termenul de înlocuire este de 5 ani pentru adulți și ori de câte ori este nevoie pentru copii.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) pentru colostomie b) pentru ileostomie	– cu adeziv – cu sau fără dispozitiv de evacuare – cu sau fără dispozitiv de închidere – cu sau fără filtru	NU NU	30/lună 30/lună
		c) pentru urostomie	– cu adeziv – cu sau fără dispozitiv de evacuare – cu sau fără dispozitiv de închidere – cu sau fără valvă de reținere	NU	15/lună
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie b) pentru ileostomie	cu flanșă suport, adezivă și sac colector: – cu sau fără dispozitiv de evacuare – cu sau fără dispozitiv de închidere – cu sau fără valvă de reținere sau centură stomică elastică cu inel de prindere și sac colector: – cu sau fără dispozitiv de evacuare – cu sau fără dispozitiv de închidere – cu sau fără valvă de reținere	NU NU	*) **)
		c) pentru urostomie	cu flanșă suport, adezivă și sac colector: – cu sau fără dispozitiv de evacuare – cu sau fără dispozitiv de închidere – cu sau fără valvă de reținere	NU	*)

*) 4 flanșe și 15 saci/ lună.

***) O centură și 30 saci/ lună.

Observație: Se va prescrie doar unul din sisteme pentru fiecare tip.

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Condom urinar		– se execută din cauciuc natural – cu evacuare	NU	30/lună

C1	C2	C3	C4	C5	C6
2.	Sac colector de urină	pentru copii pentru adulți	– 1.500 ml, 2.000 ml – cu tub de admisie – cu sau fără tub de evacuare – cu sau fără dispozitiv de drenaj – cu adaptor – cu sau fără valvă de reținere – cu sau fără dispozitiv de aerare – cu gradație	NU	6/lună
3.	Sonda Foley		– de diverse dimensiuni – cu 2 căi – se execută din cauciuc natural sau sintetic – cu balonaș gonflabil pentru fixare	NU	2/lună

D. Proteze pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Proteză parțială pentru picior	a) CHOPART	– picior cu sprijin pe gambă – cu manșon – se recomandă pentru amputația la nivelul tarsienelor	DA	2 ani
		b) PIROGOF	– picior cu sprijin pe gambă – cu manșon – se recomandă pentru amputația astragalului	DA	2 ani
		c) LISEFRANC	– se recomandă pentru amputația metatarsienelor	DA	2 ani
2.	Proteză pentru dezarticulația de gleznă		– picior cu sprijin pe gambă – cu manșon – articulație fixă sau mobilă la gleznă – se recomandă pentru amputația piciorului la nivelul maleolelor	DA	2 ani
3.	Proteză pentru gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	– se fixează prin intermediul unei manșete sau brățări – articulație fixă sau mobilă la gleznă – se recomandă pentru amputația gambei	DA	2 ani
		b) convențională, din piele cu sprijin pe ischion	– se fixează cu șiret sau curele – articulație fixă sau mobilă la gleznă – se recomandă pentru bonturi foarte scurte	DA	2 ani
		c) modulară	– manșon elastic intern supracondiliar acoperit de un manșon rigid din rășină – labă picior cu articulație fixă de gleznă – se recomandă pentru amputații până la nivelul treimii medii superioare	DA	4 ani
4.	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	– manșon elastic acoperit de un manșon rigid din rășină – articulație de genunchi mobilă – labă picior cu articulație fixă de gleznă	DA	4 ani
5.	Proteză pentru coapsă	a) pilon	– nu are în componență piciorul și articulația gleznei – poate avea în componență articulația genunchiului liberă sau blocată	DA	2 ani
		b) combinată	– manșon din plastic/piele – articulație fixă sau mobilă la gleznă – articulație liberă la genunchi	DA	2 ani

C1	C2	C3	C4	C5	C6
		c) din plastic	<ul style="list-style-type: none"> – prinderea se face cu șiret sau curele – trohander din piele sau metalic – se execută din material plastic – articulație fixă sau mobilă la gleznă – articulație de genunchi liberă sau blocată 	DA	2 ani
		d) cu vacuum	<ul style="list-style-type: none"> – prinderea se face cu cordon din piele – trohander din piele sau metalic – se execută din material plastic – articulație fixă sau mobilă la gleznă – articulație de genunchi liberă sau blocată – fixare de șold prin curele pentru bonturi foarte scurte – manșon cu contact vacuumatic ce realizează prinderea pentru bonturi obișnuite 	DA	2 ani
		e) modulară cu vacuum	<ul style="list-style-type: none"> – manșon rigid din rășină cu contact vacuumatic – articulație de genunchi mobilă – labă picior cu articulație fixă de gleznă – sistem de curele de fixare în cazul unor bonturi scurte 	DA	4 ani
6.	Proteză de șold	a) convențională	<ul style="list-style-type: none"> – se execută din piele/plastic – articulație fixă sau mobilă la gleznă – articulație de genunchi liberă sau blocată – articulație de șold – prinderea de bazin se face cu manșon din piele 	DA	2 ani
		b) modulară	<ul style="list-style-type: none"> – manșon din rășină elastică – articulație de șold cu blocare – articulație de genunchi mobilă – labă picior cu articulație fixă de gleznă – sistem de curele de fixare pe șold 	DA	4 ani
7.	Proteză pentru hemipelvectomii	a) convențională	<ul style="list-style-type: none"> – se recomandă pentru amputația parțială a pelvisului – partea care lipsește din pelvis se reconstituie din plastic/rășină, la care se fixează proteza de șold 	DA	2 ani
		b) modulară	<ul style="list-style-type: none"> – manșon din rășină elastică – articulație de șold cu blocare – articulație de genunchi mobilă – labă picior cu articulație fixă de gleznă – sistem de curele de fixare 	DA	4 ani

E. Proteze pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Proteză de înlocuire a mâinii	nefuncțională funcțională	<ul style="list-style-type: none"> – mănușă cu fermoar și degete rigide – sistem de apucare cu degete rigide 	DA DA	2 ani 2 ani
2.	Proteză pentru dezarticulație pumn	nefuncțională funcțională	<ul style="list-style-type: none"> – mănușă din P.V.C fixată pe un manșon rigid – cu degete fixe sau mobile 	DA	2 ani
			<ul style="list-style-type: none"> a) acționată prin cablu <ul style="list-style-type: none"> – mână mecanică cu tracțiune prin cablu/arc – manșon din rășină – ham de acționare 	DA	2 ani

C1	C2	C3	C4	C5	C6
			– mână estetică din P.V.C.		
			b) mioelectrică	DA	8 ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de pumn fixă		
			– manșon din rășină		
			– mână estetică		
3.	Proteză pentru antebraț	nefuncțională	– mână estetică din P.V.C.	DA	2 ani
			– manșon din rășină /plastic		
			– degete fixe		
		funcțională	a) acționată prin cablu	DA	2 ani
			– mână mecanică cu tracțiune prin cablu		
			– ham de acționare		
			– manșon din piele montat pe un manșon din plastic sau rășină		
			b) acționată prin cablu de lucru	DA	2 ani
			– mână mecanică HOOK cu tracțiune prin cablu/arc		
			– ham de acționare		
			– manșon din rășină		
			c) mioelectrică cu supino-pronație pasivă	DA	8ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de pumn pasivă		
			– manșon rășină/mână estetică		
			d) mioelectrică cu supino-pronație activă	DA	8 ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de pumn activă, mecanică		
			– manșon rășină/mână estetică		
			e) mioelectrică cu supino-pronație activă comandată electric	DA	8 ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de pumn electrică comandată prin microcontacte		
			– manșon rășină/mână estetică		
			f) mioelectrică cu supino-pronație activă comandată mioelectric	DA	8 ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de pumn electrică comandată mioelectric		
			– manșon rășină/mână estetică		
4.	Proteză pentru dezarticulație cot	nefuncțională	– mână estetică și degete rigide	DA	2 ani
			– ham de purtare		
			– articulație pasivă de cot		
			– manșon rășină/plastic		
		funcțională	a) acționată prin cablu	DA	2 ani
			– mână mecanică cu tracțiune prin cablu/arc		
			– ham de acționare și purtare		
			– manșon din rășină/plastic		
			– articulație de cot mecanică cu blocare		
			b) acționată prin cablu de lucru	DA	2 ani
			– mână mecanică HOOK cu tracțiune prin cablu/arc		
			– ham de acționare și purtare		
			– articulație de cot mecanică cu blocare		
			c) atipică electrică cu articulație de cot mecanică cu blocare	DA	8 ani
			– mână electrică acționată cu microcontacte		
			d) mioelectrică cu articulație de cot mecanică cu blocare	DA	8 ani
			– articulație de pumn pasivă		

C1	C2	C3	C4	C5	C6
			– mână electrică acționată mioelectric e) mioelectrică cu articulație de cot cu blocare și supino-pronație activă comandată mioelectric – mână electrică acționată mioelectric – articulație de pumn electrică acționată mioelectric	DA	8 ani
5.	Proteză de braț	nefuncțională	– mănușă estetică și degete rigide – ham de purtare – articulație pasivă de cot – manșon rășină/plastic	DA	2 ani
		funcțională	a) acționată prin cablu – mână mecanică cu tracțiune prin cablu/arc – ham de acționare și purtare – manșon de rășină/plastic – articulație de cot mecanică cu blocare – cu sau fără mănușă, în funcție de mâna mecanică	DA	2 ani
			b) acționată prin cablu de lucru – mână mecanică HOOK cu tracțiune prin cablu/arc – ham de acționare și purtare – articulație de cot mecanică cu blocare – manșon de rășină	DA	2 ani
			c) atipică electrică cu articulație de cot mecanică cu blocare pasivă – mână electrică acționată cu microcontacte – articulație de pumn pasivă	DA	8 ani
			d) mioelectrică cu articulație de cot mecanică cu blocare activă – articulație de pumn pasivă – mână electrică acționată mioelectric – ham de purtare – articulație de cot mecanică cu blocare activă – manșon rășină/mănușă estetică	DA	8 ani
			e) mioelectrică cu articulație de cot cu blocare și supino-pronație activă comandată mioelectric – mână electrică acționată mioelectric – articulație de pumn electrică acționată mioelectric – ham de purtare – articulație de cot mecanică cu blocare activă – manșon rășină/mănușă estetică	DA	8 ani
6.	Proteză pentru dezarticulație de umăr	nefuncțională	– mănușă estetică și degete rigide – ham de purtare – articulație pasivă de cot – manșon rășină/plastic	DA	2 ani
		funcțională	a) acționată prin cablu – mână mecanică cu tracțiune prin cablu/arc – ham de acționare și purtare – manșon de rășină/plastic – articulație de cot mecanică cu blocare – cu sau fără mănușă, în funcție de mâna mecanică	DA	2 ani
			b) atipică electrică cu articulație de cot și supino-pronație pasivă – mână electrică acționată cu microcontacte – articulație de cot mecanică cu blocare	DA	8 ani

C1	C2	C3	C4	C5	C6
			– manșon rășină/mănușă estetică		
			c) mioelectrică cu articulație de cot cu blocare și supino-pronație pasivă	DA	8 ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de cot mecanică cu blocare		
			– ham de purtare		
			– manșon rășină / mănușă estetică		
			d) mioelectrică cu articulație de cot cu blocare și supino-pronație activă comandată mioelectric	DA	8 ani
			– mână electrică acționată mioelectric		
			– articulație de pumn electrică acționată mioelectric		
			– ham de purtare		
			– articulație de cot mecanică cu blocare activă		
			– manșon rășină/mănușă estetică		

Observații: Protezele mioelectrice se recomandă numai persoanelor cu ambele membre amputate.

F. Mijloace și dispozitive de mers

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Baston		– metalic – reglabil	NU	3 ani
2.	Baston	cu trei picioare cu patru picioare	– metalic – fix sau reglabil	NU	3 ani
3.	Cârjă de lemn	cu sprijin subaxial	– fixă sau reglabilă	NU	1 an
4.	Cârjă metalică	cu sprijin subaxial cu sprijin pe antebraț	– fixă sau reglabilă	NU	3 ani
5.	Cadru de mers		– fix sau reglabil – rigid sau pliabil – cu sau fără roți	DA	3 ani
6.	Fotoliu rulant cu antrenare manuală	asistat neasistat	– de interior sau de exterior – rigid sau pliabil – demontabil sau nedemontabil – acționare directă bimanuală a roților din spate sau din față – conducere, prin levier sau volan, bimanuală – conducere monolaterală (cu mâna stângă sau dreaptă) – propulsie cu piciorul	DA	5 ani
7.	Fotoliu rulant triciclu pentru copii			DA	5 ani
8.	Fotoliu rulant cu antrenare electrică	de interior		DA	5 ani

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Orteze cervicale	a) colar	– se execută din material plastic – pentru imobilizarea coloanei cervicale	NU	12 luni
		b) Philadelphia	– se execută din material plastic – pentru imobilizarea coloanei cervicale – se fixează cu bandă velcro	NU	12 luni
		c) Schanz	– se execută din material plastic – pentru imobilizarea coloanei cervicale – se fixează cu bandă velcro	NU	12 luni
2.	Orteze cervicotoracice		– se recomandă pentru cifoză – material textil cu suport elastic și întărituri din material dur	NU	12 luni
3.	Orteze toracolombosacrale	a) corset Cheneau	– se recomandă pentru scolioză,	NU	12 luni
		b) corset Boston	discopatii lombare		
		c) corset Euroboston	– material textil cu suport elastic și întărituri din material dur	NU	12 luni
		d) corset Milwaukee		NU	12 luni
		e) corset Hessing		NU	12 luni
		f) de hiperextensie		NU	12 luni
4.	Orteze lombosacrale		– se recomandă pentru lumbago – material textil cu suport elastic și întărituri din material dur	NU	12 luni

G.2 Orteze pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Orteze pentru mână	cu mobilitatea/ fixarea degetului mare	– dimensiuni diferite pentru mâna stângă sau dreaptă – material textil, cu suport elastic, cu insertii pentru întărire – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni
2.	Orteze pentru încheietura mâinii			NU	12 luni
3.	Orteze de cot	cu atelă fără atelă	– diverse modele – material textil cu suport elastic – unele prezintă întărituri rigide – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni
4.	Orteze de braț		– cu dispozitive de reglare a circumferinței – material textil cu suport elastic – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni
5.	Orteze de umăr		– dimensiuni diferite pentru mâna stângă sau dreaptă – material textil cu suport elastic – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni

G.3 Orteze pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Orteze pentru gleznă	fixă/mobilă	– cu sistem de închidere tip velcro – material textil cu suport elastic – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni
2.	Orteze pentru gambă		– cu sistem de închidere tip velcro în partea superioară față – material textil cu suport elastic – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni
3.	Orteză pentru paralizia sciaticului (orteză peronieră)	Kramer Peroneal Spring	– două tije metalice – fixarea se realizează pe picior, cu brățări din piele, cu armături metalice – se fixează pe încălțăminte	DA	2 ani
4.	Orteze pentru genunchi	cu/fără atelă fixă/mobilă	– diverse modele – cu întărituri rigide, fixe sau cu articulație, ce permit fixarea ortezei la extensii de 10, 20, 30 de grade și flexii de 60, 75 de grade – prezintă orificiu policentric – se recomandă pentru recuperare	NU	12 luni
5.	Orteză genunchi BALANT		– se execută din piele și șinărie metalică, cu articulație la genunchi – prinderea se realizează cu curele sau șiret – blocarea genunchiului	DA	2 ani
6.	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik b) pernă de abducție c) Dr. Fettwies d) Dr.Behreus e) Becker f) Dr. Barnau	– se execută din curele din piele – pânza și buretele sunt fixate cu chingă textilă – pentru copii de la 6 la 15 luni – module pentru 4 mărimi – ușor de asamblat – hamul de purtare permite reglarea flexiei picioarelor în diferite unghiuri – pentru tratamentul luxației de șold până la tipul III – pentru 6-12 luni – combină tratamentul luxației congenitale de șold cu flexia șoldului mai mare de 90 de grade	NU NU NU NU NU NU	*) *) *) *) *) *)
7.	Orteza HESSING (aparat)		– se execută din piele și șinărie metalică, cu articulație la genunchi și șold – prinderea se realizează cu curele sau șiret – afecțiuni ale genunchiului și gleznei – articulația poate fi liberă sau blocată la genunchi și gleznă	DA	2 ani
8.	Orteza Gambier cu scurtare		– se execută din piele și șinărie metalică, cu articulație liberă sau blocată la gleznă – se fixează de gheata ortopedică – pentru fracturi de tibie și peroneu	DA	2 ani
9.	Aparat tip proteză pentru scurtarea membrului pelvin		– se execută din piele și șinărie metalică – articulația genunchiului este liberă sau blocată – piciorul și glezna se execută din lemn, cu talpa din poliuretan – fixarea se realizează cu șiret	DA	2 ani

C1	C2	C3	C4	C5	C6
10.	Suținători plantari (talonete)	pentru: copii adulti	– pentru malformații congenitale ale membrului inferior – se execută din plută sau duraluminiu – se folosesc pentru platfus gradele I și II, pinteni calcanieri și scurtări foarte mici	NU NU	*) **)

*) Ori de câte ori este nevoie.

***) 6 luni pentru talonete din plută sau 12 luni pentru talonete din duraluminiu.

H. Încălțăminte ortopedică

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Încălțăminte ortopedică	ghete: copii adulti	pentru diformități și amputații de metatars și falange	DA	*)
2.	Încălțăminte ortopedică	pantofi: copii adulti	pentru diformități ale piciorului	DA	*)

*) 6 luni pentru adulti și ori de câte ori este nevoie, pentru copii.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Caracteristici tehnice definitorii	Reparabil DA/NU	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Cristalin artificial	pentru camera anterioară pentru camera posterioară		NU	*)
2.	Proteză oculară	pentru copii		NU	**)

*) Intervalul dintre două protezări ale aceluiași asigurat va fi mai mare de un an.

***) Se acordă doar pentru copii, ori de câte ori este nevoie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CERERE**pentru acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale**

Către,

Casa de asigurări de sănătate

În baza Legii nr. 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate, subsemnatul
(numele, prenumele, funcția)solicit acreditarea ca furnizor de dispozitive medicale
(sigla și adresa)cu sucursalele
(adresa)

Obiectul de activitate

Anexez următoarele documente:

- copie legalizată de pe actul constitutiv (statut și/sau contract de societate) al furnizorului;
- copie legalizată de pe dovada înmatriculării furnizorului-societate comercială la oficiul registrului comerțului, codul fiscal;
- dovada privind existența sediului;
- numele, profesia și domiciliul reprezentantului legal al furnizorului;
- avizul Ministerului Sănătății, ca furnizor de dispozitive medicale.

Data.....

Semnătura

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ACREDITARE

Nr..... din.....

În conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 312/1999 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, în baza documentației înaintate și a criteriilor de acreditare, Casa de asigurări de sănătate acreditează furnizorul de dispozitive medicale

(siglă, adresă, telefon, fax)

reprezentat de
(numele, prenumele, funcția)

Orice modificare a condițiilor stabilite prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru pe anul 1999 atrage anularea acreditării.

Mențiuni: valabilitatea acreditării — un an.

Recomandări:

- respectarea actelor normative referitoare la asigurările sociale de sănătate din România;
- respectarea Hotărârii Guvernului nr. 394/1995;
- cunoașterea Directivei CEE nr. 93/42/1993 referitoare la dispozitivele medicale.

Data emiterii.....

Director general,

.....

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILORRegia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,
cont nr. 2511.1–12.1/ROL Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București.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. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78,
E-mail: ramomrk@bx.logicnet.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro