



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul XIII — Nr. 22 bis

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 15 ianuarie 2001

### SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA	
269/79. —	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 sociale de sănătate pentru anul 2001.....	1-96

## ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 269/12 ianuarie 2001

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA  
Nr. 79/12 ianuarie 2001

### ORDIN\*) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001

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

- Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 114 din 19 martie 1999, cu modificările și completările ulterioare;
  - Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;
  - 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 pentru anul 2001, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin se aplică începând cu luna ianuarie 2001.

Art. 3. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Valeriu Simion**

Președintele Colegiului Medicilor din România,  
prof. dr. **Mircea Cintează**

Avizat  
Ministrul sănătății și familiei,  
dr. **Daniela Bartoș**

\*) Ordinul a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 22 din 15 ianuarie 2001 și este reprodus și în acest număr bis.

## NORME METODOLOGICE

### de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001

#### CAPITOLUL I

#### Dispoziții generale

Art. 1. — (1) Cheltuielile pentru serviciile destinate fiecărui domeniu al asistenței medicale se analizează și se detaliază pe subcapitole de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la propunerile caselor de asigurări de sănătate, și reprezintă cote procentuale asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical, aprobate în bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate, și se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei. În situația în care Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România nu ajung la un acord în ceea ce privește procentele de alocare a sumelor pentru serviciile destinate fiecărui domeniu de activitate al asistenței medicale, decizia finală se ia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În vederea luării deciziei finale Casa Națională de Asigurări de Sănătate ține seama de propunerea Ministerului Sănătății și Familiei, care se elaborează după consultarea prealabilă în scris a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Medicilor din România. În cazul neîncadrării la nivel național în cotele procentuale stabilite, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România vor conveni de comun acord realocarea acestora.

(2) Cotele procentuale prezentate mai jos au un caracter orientativ la nivel național:

- |  |            |
|--|------------|
| a) asistență medicală primară  | 14,5 — 15% |
| b) asistență medicală de specialitate ambulatorie (cu excepția serviciilor medicale paraclinice)   | 6%         |
| c) servicii medicale paraclinice   | 2,75%      |
| d) servicii medicale spitalicești  | 50 — 53%   |
| e) medicamente și materiale specifice utilizate în spitale pentru: TBC, HIV/SIDA, oncologie, diabet zaharat, chirurgie cardiovasculară, hemodializă și dializă peritoneală, talasemie și hemofilie, ortopedie protetică, endocrinologie, afecțiuni neurologice, boli psihice, boli venerice (transmitere sexuală), care se acordă pe bază de programe aprobate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Ministerul Sănătății și Familiei | 8%         |
| f) dispozitive medicale  | 1%         |
| g) asistență cu medicamente în tratamentul ambulatoriu   | 10 — 11%   |
| h) servicii medicale de urgență prespitalicești  | 3 — 4%     |
| i) asistență medicală ambulatorie stomatologică  | 3%         |
| j) servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și îngrijiri la domiciliu   | 1 — 1,2%   |

(3) Execuția bugetară la nivelul caselor de asigurări de sănătate pe fiecare segment de asistență medicală se

raportează la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și, în termen de 30 de zile de la încheierea fiecărui trimestru, se face publică instituțiilor interesate.

Art. 2. — (1) Decontarea cheltuielilor aferente îngrijirii sănătății persoanelor asigurate se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, din Fondul de asigurări sociale de sănătate și din alte surse, conform legislației în vigoare.

(2) Din sumele contractate de furnizorii de servicii medicale se pot prevedea cheltuieli pentru educația medicală continuă ce urmează să se efectueze de către furnizorii de servicii medicale.

Art. 3. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România elaborează tipuri de contracte pentru furnizarea de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, prevăzute în anexele nr.1a) — 1l) la prezentele norme. Aceste tipuri de contracte sunt obligatorii în forma în care sunt prezentate în anexele menționate mai sus; furnizorii de servicii medicale pot negocia clauze suplimentare cu casele de asigurări de sănătate, în limita condițiilor prevăzute în Contractul-cadru pe anul 2001, și care vor fi menționate la capitolul „Clauze speciale”. Încheierea contractelor se face cu precizarea tuturor elementelor de identificare a părților contractante.

Art. 4. — Nerespectarea obligațiilor contractuale de către oricare dintre părți conduce la aplicarea clauzelor prevăzute în contracte, mergând până la rezilierea contractului. Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate aferente serviciilor medicale, farmaceutice și dispozitivelor medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, prevăzute în contractele de furnizare, obligă casele de asigurări de sănătate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat și care vor fi stipulate în mod obligatoriu în contractele de furnizare de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice.

Art. 5. — Calitatea de asigurat se dovedește cu carnetul de asigurări sociale pentru sănătate. Până la intrarea în posesia carnetului de asigurat rămân valabile prevederile punctului 9 din Normele privind modul de încasare a contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 74/2000, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 282 din 22 iunie 2000.

Art. 6. — În cazul colectării sub nivelul sumei aprobate în bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate, aferentă cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical, valorile definitive ale punctelor din asistența medicală primară și asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se regularizează prin negociere cu Colegiul Medicilor din România și se pun în aplicare printr-un ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

## CAPITOLUL II

### Asistența medicală primară

Art. 7. — În vederea încheierii contractului reprezentantul legal trebuie să prezinte următoarele documente: certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale sau, după caz, actul de înființare, autorizația sanitară pentru spațiul în care se desfășoară activitatea, cont deschis la trezoreria statului, codul fiscal și dovada de acreditare pentru fiecare medic de familie pe care îl reprezintă.

Art. 8. — (1) Programul de activitate al fiecărui medic de familie este zilnic, 35 de ore pe săptămână, de luni până vineri, în cabinetul medical sau la domiciliul asiguratului, organizat în funcție de condițiile specifice de zonă.

(2) Asistența medicală permanentă în afara orelor de program, în timpul nopții, în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale se organizează de către direcțiile de sănătate publică și se avizează de către casele de asigurări de sănătate și colegiul medicilor județean sau al municipiului București. Permanența se organizează pe zone, cu participarea medicilor din cel puțin 4 cabinete medicale, în fiecare zi a săptămânii, de luni până vineri, între orele 20,00 — 8,00, iar în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale se asigură permanența de 24 de ore.

(3) Medicii de familie au obligația să își stabilească programul de activitate, inclusiv modul de organizare a permanenței, acolo unde este cazul, și să le aducă la cunoștință asiguraților, casei de asigurări de sănătate și direcției de sănătate publică.

Art. 9. — (1) Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale primare sunt plata „per capita”, conform listei proprii de asigurați și tarifului pe serviciu.

(2) Plata „per capita” se realizează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscrși în lista medicului de familie conform lit. a), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. b), cu valoarea stabilită pentru un punct.

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

1) numărul de puncte, acordat pe o persoană înscrșă în listă, în raport cu vârsta asiguratului:

Grupa de vârstă	Sub 1 an	1—4 ani	5—59 ani	60 și peste 60 de ani
Nr. puncte/ persoană/an	14,5	12	10	12,5

La stabilirea numărului de puncte în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscrși în 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;

2) în situația în care în lista medicului de familie sunt înscrși copii încredințați sau dați în plasament, potrivit legii, unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, numărul de puncte aferent acestora este de 18,5 pentru grupa de vârstă sub 1 an, 16 pentru grupa de vârstă 1—4 ani și, respectiv, 13 pentru grupa de vârstă 5—59 de ani. În acest sens medicii de familie depun la casa de asigurări de sănătate, împreună cu lista de

asigurați, actele doveditoare care atestă această calitate pentru acești copii înscrși în lista proprie;

3) în situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și 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 înscrși în 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 de medici de familie existent este sub numărul optim de posturi de medic de familie stabilit conform normativelor în vigoare și neocupate, considerat ca fiind necesar pentru localitățile respective, în situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și structura acestora pe grupe de vârstă este mai mic de 33.000/an, pentru o listă de asigurați al căror număr este mai mic de 3.000. În situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și structura acestora pe grupe de vârstă este mai mare de 33.000/an, punctele ce depășesc acest nivel se reduc cu 75%, dacă numărul de asigurați înscrși în lista proprie este mai mare de 3.000.

b) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a) se majorează și/sau se diminuează în următoarele situații:

1) în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea; criteriile de încadrare a cabinetului medical în una din cele 3 condiții se asimilează cu cele prevăzute la articolul 8 litera d) și la punctul 4 din nota de la anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 281/1993 cu privire la salarizarea personalului din unitățile bugetare, cu modificările și completările ulterioare:

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

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările prevăzute la punctul 1) se stabilește anual de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, la propunerile caselor de asigurări de sănătate și colegiului medicilor județean sau al municipiului București;

2) în raport cu gradul profesional; valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte se majorează cu 20%, iar pentru cei care nu au promovat un examen de specialitate se depunțează cu 10%;

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

4) pentru condițiile enumerate la punctele 1 și 3, medicii pot primi stimulente de la consiliile locale și din alte surse legale de venituri decât din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent asistenței medicale primare.

(3) Numărul de puncte pe serviciu, acordat pentru serviciile medicale realizate de medicul de familie, este:

Serviciul	Numărul de puncte pe serviciu
a) imunizări conform programului național de imunizări	4 puncte/inoculare sau doză orală
1) antituberculoasă — vaccin BCG	
2) revaccinare BCG, inclusiv pentru verificarea cicatricei post primo vaccinare	
3) testarea PPD	
4) antihepatită B	
5) antipoliomielitică	
6) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive — DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)	
7) antirujeolică;	
8) împotriva difteriei și tetanosului — DT (revaccinare)	
9) împotriva difteriei și tetanosului la adulți — dT (revaccinare);	
10) împotriva tetanosului — dT sau VTA	
11) alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății și Familiei.	

Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea imunizărilor efectuate de medicii de familie și pentru asigurații care nu sunt înscrisi în listele proprii ale acestora.

Direcțiile de sănătate publică vor întocmi liste cuprinzând medicii de familie care efectuează imunizările pentru persoanele neînscrise în listele proprii ale medicilor de familie, în vederea organizării acestei activități, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 53/2000 privind obligativitatea raportării bolilor și a efectuării vaccinărilor. Pentru elevii înscrisi și neînscrisi în lista unui medic de familie vaccinările obligatorii incluse în programul național de imunizări se efectuează în cadrul unităților de învățământ de către medicul cabinetului școlar sau, dacă nu există personal medico-sanitar propriu, vaccinările se efectuează de către medicii de familie desemnați de direcțiile de sănătate publică, în colaborare cu casele de asigurări de sănătate.

Medicii de familie au obligația să raporteze, pe grupe de vârstă, către direcțiile de sănătate publică vaccinările efectuate. Pentru medicii de familie care vaccinează peste 95% din totalul persoanelor eligibile catagrafiate pentru fiecare doză de vaccin decontarea contravalorii vaccinărilor realizate peste acest nivel se face la punctaj dublu.

Direcțiile de sănătate publică verifică prin sondaj realitatea raportărilor privind vaccinările efectuate. În cazul raportărilor eronate direcțiile de sănătate publică și casele de asigurări de sănătate vor lua măsuri ce țin de competența fiecăreia.

b) examen de bilanț:

1) copii — la externarea din maternitate ....	12 puncte
2) la 1 lună.....	12 puncte
3) la 2 luni .....	8 puncte
4) la 4 luni .....	8 puncte
5) la 6 luni .....	8 puncte
6) la 9 luni .....	8 puncte
7) la 12 luni .....	8 puncte
8) la 15 luni .....	6 puncte
9) la 18 luni .....	6 puncte
10) de la 2 ani până la 7 ani, anual.....	6 puncte

11) de la 7 — 30 de ani — o dată la 2 ani un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică clinică)	6 puncte plus 20 de puncte/caz oncologic trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
12) peste 30 de ani — anual un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică clinică)	6 puncte plus 20 de puncte/caz oncologic trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
c) control profilactic TBC și boli venerice:	
1) bolnav TBC nou-descoperit	20 de puncte/caz TBC trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
2) urmărirea tratamentului specific până la scoaterea din evidență	4 puncte/lună
3) bolnav sau contact cu bolnav veneric descoperit	20 de puncte/caz trimis la medicul de specialitate și confirmat de acesta
d) supravegherea gravidei:	
1) luarea în evidență	10 puncte
2) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a	8 puncte
3) urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni	8 puncte
e) asistența medicală la domiciliul pacientului pentru situațiile prevăzute cu această destinație la articolul 28 litera c) punctul 8:	
1) între orele 8,00 — 20,00 (în afara programului de 7 ore/zi și în afara programului de asigurare a permanenței)	30 de puncte/solicitare
2) între orele 20,00 — 8,00 (în afara programului de 7 ore/zi și în afara programului de asigurare a permanenței)	50 de puncte/solicitare
f) continuitatea acordării asistenței medicale — în centre de permanență organizate conform articolului 8 alineatele (2) și (3):	
1) în zilele lucrătoare, între orele 20,00 — 8,00	5 puncte/oră
2) în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale	10 puncte/oră
Art. 10. — (1) La calculul numărului lunar de puncte „per capita”, conform articolului 9 alineatul (2), se iau în considerare asigurații înscrisi în lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii precedente.	
(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 — 4 ani; 5 — 59 de ani, 60 și peste 60 de ani înscrierea în grupele de vârstă respective se face în funcție de vârsta împlinită la data de 1 ianuarie a anului respectiv.

(3) La calculul numărului lunar de puncte pe serviciu conform articolului 9 alineatul (3) se iau în considerare asigurații înscriși în lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii curente.

Art. 11. — (1) Pentru perioade de absență 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. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară. Licența de înlocuire temporară se acordă de către colegiul medicilor județean sau al municipiului București, cu înștiințarea casei de asigurări de sănătate.

Perioadele de absență se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lăuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, vacanța pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an, studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum 2 luni pe an. Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile calendaristice pe an înlocuirea medicului absent se poate face pe bază de reciprocitate între medici, fără înștiințarea casei de asigurări de sănătate.

(2) Venitul „per capita“, pe serviciu și bugetul de practică medicală aferente perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului, urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor.

Art. 12. — (1) Reprezentantul legal încheie o convenție cu medicul înlocuitor, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire referitoare la drepturile și obligațiile medicului înlocuitor. Convenția de înlocuire, cuprinsă în anexa nr. 1i) la prezentele norme, devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(2) Excepție fac situațiile în care reprezentantul legal se află în imposibilitatea de a participa la încheierea convenției de înlocuire. În aceste situații convenția de înlocuire se încheie între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, potrivit anexei nr. 1j).

Art. 13. — (1) În cabinetul medicului de familie pot fi angajați numai medici acreditați în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare; medicii angajați nu au listă de asigurați proprie și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face folosindu-se formularul-tip cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se face respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Programul de activitate al medicului de familie care angajează medici, precum și al medicilor angajați în condițiile alineatului (1) este zilnic, de 35 de ore pe săptămână, de luni până vineri în cabinetul medical sau la domiciliul asiguratului, organizat în funcție de condițiile specifice de zonă.

Art. 14. — (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate în cabinetele medicale deja existente sau nou-înființate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru înscrierea asiguraților în listele

proprie, beneficiază lunar de un venit echivalent cu un salariu minim brut corespunzător funcției și gradului profesional stabilit în sistemul sanitar bugetar și de un buget de practică medicală, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal și casa de asigurări de sănătate.

(2) Dacă medicul de familie, în acest interval de 3 luni înscrie un număr de minimum 500 de asigurați în lista proprie ținând seama și de condițiile specifice de zonă, reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate. După expirarea celor 3 luni medicul de familie încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, indiferent de numărul de asigurați înscriși în lista proprie.

Art. 15. — Fondul aferent asistenței medicale primare reprezintă o cotă procentuală din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical și are următoarea structură:

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

1) 70% pentru plata „per capita“;

2) 30% pentru plata pe serviciu;

b) 49% pentru bugetul de practică medicală aferent medicilor de familie;

c) 1% pentru medicii nou-veniți în vederea exercitării profesiei într-o localitate, în cabinete medicale deja existente sau nou-înființate. Din acest fond se suportă veniturile medicilor, cheltuielile pentru plata celorlalte categorii de personal care își desfășoară activitatea în aceste cabinete, cheltuielile de întreținere și funcționare ale cabinetului și cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență.

Art. 16. — Pentru a se urmări încadrarea în cota aferentă asistenței medicale primare, stabilită conform articolului 1 alineatul (1), și pentru calculul trimestrial al valorilor estimate și definitive ale punctelor fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre.

Art. 17. — (1) Valoarea estimată a punctului „per capita“ este valabilă pentru un an, 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 să se realizeze în funcție de populația țării și de structura pe grupe de vârstă a acesteia.

(2) Valoarea estimată a unui punct, obținută în condițiile alineatului (1), se regularizează trimestrial în funcție de: fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata „per capita“ a medicilor de familie, și de numărul de puncte efectiv realizat, conform articolului 9 alineatul (2), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct. Valoarea definitivă 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.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară și se calculează la finele fiecărui trimestru astfel: fondul aferent pentru plata pe serviciu pentru trimestrul respectiv împărțit la numărul total de puncte pe servicii realizat de medicii de familie. Valoarea unui punct astfel obținută este definitivă pentru trimestrul respectiv și estimată pentru trimestrul următor. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu pentru trimestrul IV 2000 devine valoare estimată a unui punct pe serviciu pentru trimestrul I 2001.

Art. 18. — (1) Pe baza valorii estimate a unui punct „per capita“, obținută în condițiile articolului 17 alineatul (1), și a numărului total de puncte „per capita“ realizat lunar

conform articolului 9 alineatul (2) și pe baza valorii estimate a unui punct pentru plata pe serviciu obținută în condițiile art. 17 alineatul (3) și a numărului total de puncte pe servicii realizat lunar conform articolului 9 alineatul (3), se calculează suma convenită lunar medicului de familie pentru primele două luni ale fiecărui trimestru.

(2) Pe baza valorii definitive a unui punct, obținută în condițiile articolului 17 alineatul (2) și alineatul (3), a numărului total de puncte „per capita” realizat în cursul unui trimestru, conform articolului 9 alineatul (2), și a numărului total de puncte pe serviciu realizat în cursul unui trimestru conform articolului 9 alineatul (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.

Art. 19. — Lunar medicul de familie raportează casei de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, activitatea medicală efectiv realizată conform articolului 9, care se verifică de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 20. — (1) Asigurații care doresc să-și 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. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul trebuie să transfere fișa medicală prin poștă medicului primitor în termen de 15 zile de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează minimum 5 ani o copie de pe fișa medicală a acestuia.

(2) Reprezentantul legal al cabinetului medical sau al unității sanitare este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În cazul în care se constată raportări eronate reprezentantul legal răspunde material, civil și penal, potrivit dispozițiilor cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale, conform legislației în vigoare. Nerespectarea termenelor de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate atrage după sine nedecontarea serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

Art. 21. — (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.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea trimestrului vor fi corectate până la sfârșitul anului, astfel: numărul de puncte plătit eronat 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 medicală, stabilit pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând valoarea definitivă a punctului în trimestrul când s-a constatat eroarea. În situația în care după încheierea anului financiar se constată erori de calcul aferente anului respectiv, sumele plătite în plus sau în minus se recalculează conform legii.

Art. 22. — (1) Cabinetul medical beneficiază de un buget de practică medicală. Valoarea estimată a unui punct pentru bugetul de practică medicală pentru anul 2001 este unică pe țară și se calculează raportând fondul destinat pentru bugetul de practică medicală la numărul de puncte „per capita” estimat să se realizeze în perioada respectivă.

(2) Bugetul de practică medicală estimat pentru primele două luni ale fiecărui trimestru se stabilește lunar prin înmulțirea valorii estimate a unui punct pentru bugetul de practică medicală cu numărul de puncte „per capita” efectiv realizate, conform articolului 9 alineatul (2) litera a) și articolului 9 alineatul (2) litera b) punctul 1 și punctul 3.

(3) Valoarea definitivă a punctului pentru bugetul de practică medicală este unică pe țară și se calculează la sfârșitul fiecărui trimestru de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, astfel: fondul pentru bugetul de practică medicală aferent trimestrului respectiv se raportează la numărul de puncte „per capita” efectiv realizate în trimestrul respectiv, conform articolului 9 alineatul (2) litera a) și articolului 9 alineatul (2) litera b) punctul 1 și punctul 3 și a numărului de puncte rezultat conform articolului 23 alineatul (1). Fondul pentru bugetul de practică medicală aferent unui trimestru, pe baza căruia se stabilește valoarea definitivă a punctului, se obține din fondul corespunzător cotei prevăzute la articolul 15 litera b) și litera c) din care se scad sumele aferente veniturilor medicilor nou-veniți într-o localitate.

Bugetul de practică medicală, atât cel estimat, cât și cel definitiv, nu este influențat de gradul profesional.

(4) Bugetul de practică medicală, inclusiv pentru medicii nou-veniți într-o localitate, se recalculează trimestrial în funcție de:

a) valoarea definitivă a punctului pentru bugetul de practică medicală;

b) numărul de puncte „per capita” realizate în trimestrul respectiv, conform articolului 9 alineatul (2) litera a) și articolului 9 alineatul (2) litera b) punctul 1 și punctul 3 și numărul de puncte rezultat conform articolului 23 alineatul (1).

Art. 23. — (1) Bugetul de practică medicală pentru medicii nou-veniți într-o localitate în cabinete medicale deja 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. Pentru perioadele de activitate sub o lună numărul de puncte aferent perioadei respective se calculează astfel:

număr puncte pe lună x (număr zile lucrătoare efectiv lucrate/număr zile lucrătoare ale lunii respective)

Bugetul de practică medicală estimat pentru situația menționată mai sus se obține prin înmulțirea numărului de puncte aferent perioadei de activitate desfășurată în cursul unei luni calendaristice cu valoarea estimată a unui punct pentru bugetul de practică medicală, care este aceeași cu cea stabilită conform articolului 22 alineatul (1).

(2) Valoarea definitivă a unui punct pentru bugetul de practică medicală, recalculată la sfârșitul trimestrului pentru medicii nou-veniți într-o localitate în cabinete medicale deja existente sau nou-înființate, este cea stabilită conform articolului 22 alineatul (3).

Art. 24. — (1) Din bugetul de practică medicală se suportă următoarele:

a) cheltuieli de personal pentru personalul angajat, altul decât medici. Din bugetul de practică medicală se alocă o cotă de minimum 35%, procent care poate fi negociat trimestrial, pentru cheltuielile de personal convenite asistenților medicali. Pentru asigurarea calității serviciilor medicale se va încadra un asistent medical la fiecare 1.000 de asigurați înscriși în listele medicilor de familie. Pentru cabinetele medicale care au sub 1.000 de asigurați înscriși în listele proprii ale medicilor de familie încadrarea asistentului medical este obligatorie, aceasta realizându-se cu fracțiuni de normă. În afara normativelor menționate mai sus nu este



obligatorie încadrarea asistenților medicali cu fracțiune de normă.

Persoanele care au calitatea de salariat beneficiază de plata concediilor medicale conform Legii nr. 49/1992 pentru modificarea și completarea unor reglementări din legislația de asigurări sociale, de plata concediilor pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani potrivit Legii nr. 120/1997 privind concediul plătit pentru îngrijirea copiilor de până la 2 ani, de plata concediilor de odihnă potrivit Legii nr. 6/1992 privind concediul de odihnă și alte concedii ale salariaților.

Referitor la personal, altul decât medici, reprezentantul legal al cabinetului medical are următoarele obligații:

1) să încheie pentru personalul angajat contracte de muncă individuale conform articolului 1 din Legea nr. 130/1999 privind unele măsuri de protecție a persoanelor încadrate în muncă, cu modificările și completările ulterioare, și să înregistreze aceste contracte la inspectoratul teritorial de muncă în termen de 20 de zile de la data încheierii lor;

2) să depună carnetele de muncă ale angajaților la inspectoratul teritorial de muncă;

3) să depună trimestrial la inspectoratul teritorial de muncă dovezile de plată a salariilor pentru persoanele încadrate la cabinetele individuale.

Dovezile de plată a salariilor vor fi însoțite de acte ce atestă plata lunară a contribuției de asigurări sociale și a celorlalte obligații prevăzute la articolul 9 din Legea nr. 130/1999 privind unele măsuri de protecție a persoanelor încadrate în muncă, cu modificările și completările ulterioare;

4) să încheie, după caz, convenții civile de prestări de servicii în formă scrisă pentru persoanele care prestează o activitate care nu depășește în medie 3 ore pe zi, cu condiția ca activitatea acestora să nu facă parte din domeniul activităților de bază ale angajatorului, și să înregistreze aceste convenții la inspectoratul teritorial de muncă în termen de 20 de zile de la încheierea acestora potrivit articolului 1 alineatul (1) litera a) din Hotărârea Guvernului nr. 935/1999 privind stabilirea condițiilor în care pot presta munca persoanele care nu încheie contracte individuale de muncă și modul de utilizare a sumelor reprezentând comisionul perceput de inspectoratele teritoriale de muncă, respectiv de direcțiile generale de muncă și protecție socială.

Salariile persoanelor încadrate cu contract individual de muncă în cabinetele medicale se stabilesc prin negociere, cu respectarea nivelurilor minime prevăzute de reglementările legale în vigoare, potrivit articolului 11 alineatul (2) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, și prezentelor norme metodologice;

5) să calculeze lunar asupra fondului de salarii: contribuția la Fondul de asigurări sociale, conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 2/1999 pentru modificarea și completarea unor reglementări din legislația de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare; contribuția la Fondul de asigurări sociale de sănătate conform Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare, precum și normelor de încasare a acestora; contribuția la Fondul pentru plata ajutorului de șomaj în cuantum de 5% potrivit Legii nr. 1/1991 privind protecția șomerilor și reintegrarea lor profesională, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

6) asupra salariilor de bază, să calculeze contribuția la Fondul pentru plata ajutorului de șomaj în cuantum de 1% potrivit Legii nr. 1/1991 privind protecția șomerilor și

reintegrarea lor profesională, iar asupra salariilor de bază la care se adaugă sporurile cu caracter permanent, să calculeze contribuția la fondul pentru pensie suplimentară de 5% conform Legii nr. 49/1992 pentru modificarea și completarea unor reglementări din legislația de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare; contribuția la asigurările sociale de sănătate, potrivit Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;

7) să calculeze lunar impozitul pe salarii conform Ordonanței Guvernului nr. 73/1999 privind impozitul pe venit, cu modificările și completările ulterioare;

b) alte obligații financiare calculate asupra fondului de salarii pentru personalul prevăzut la litera a), potrivit legii: în ceea ce privește exemplificarea obligațiilor financiare calculate asupra fondului de salarii, reprezentantul legal al cabinetului medical are de achitat cota de 3% pentru constituirea Fondului special de solidaritate socială pentru persoanele cu handicap potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare;

c) cheltuielile pentru administrarea și funcționarea cabinetului medical sunt prevăzute în anexa nr. 2 la prezentele norme: structura cheltuielilor de personal, a cheltuielilor materiale și servicii și a cheltuielilor de capital, care se stabilesc în limita amortizării, calculată în condițiile legii, pentru înlocuirea activelor corporale proprietatea cabinetului medical, cuprinse în bugetul de practică medicală, se detaliază pe articolele și alineatele clasificăției economice, conținutul acestora fiind exemplificat în anexa nr. 2 la prezentele norme; cheltuieli de capital pentru dotarea minimă a cabinetului medical în conformitate cu baremul stabilit de Ministerul Sănătății și Familiei;

d) cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență.

(2) Reprezentantul legal al cabinetului medical va prezenta casei de asigurări de sănătate decontul pentru bugetul de practică medicală, pe categorii de cheltuieli, conform anexei nr. 2 la prezentele norme. Eventualele sume rămase necheltuite din bugetul de practică medicală la finele anului se virează până la 20 decembrie a anului curent la casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale au încheiat contracte. În situația reînnoirii contractului sumele virate la casele de asigurări de sănătate de către reprezentanții legali ai cabinetelor medicale se vor aloca cu aceeași destinație aceluiași cabinete medicale la începutul anului următor.

În situația încetării contractului eventualele sume rămase neconsumate după achitarea tuturor obligațiilor conform contractului se virează în contul caselor de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii au încheiat contracte.

(3) Veniturile realizate de medicii de familie reprezintă venituri din activități independente și se impun în conformitate cu Ordonanța Guvernului nr. 73/1999 privind impozitul pe venit, Hotărârea Guvernului nr. 1.066/1999 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea Ordonanței Guvernului nr. 73/1999 și Ordinul ministrului finanțelor nr. 215/2000, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 102 din 8 martie 2000.

Art. 25. — (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical are obligația de a angaja personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile articolului 11 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, achitând lunar toate contribuțiile

prevăzute de lege pentru personalul angajat. Personalul angajat beneficiază de drepturile prevăzute de legislația muncii în vigoare. Medicul de familie are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat.

(2) Bugetul de practică medicală corespunzător activității medicului de familie care își desfășoară activitatea în structura unor unități sanitare cu personalitate juridică se stabilește pe baza metodologiei prevăzute în prezentele norme și este gestionat de unitatea sanitară cu personalitate juridică. Bugetul de practică medicală are destinația prevăzută de prezentele norme.

Art. 26. — Medicul de familie are obligația de a asigura în cadrul serviciilor prevăzute la articolul 28 toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire din specialitatea de medicină generală. De asemenea, medicul de familie face și interpretarea investigațiilor necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme. Casele de asigurări de sănătate și colegiul medicilor județean sau al municipiului București inițiază un sistem de evaluare a trimerilor către asistența medicală de specialitate ale cazurilor ce se dovedesc nejustificate și stabilesc măsurile ce se impun.

Art. 27. — Personalul mediu sanitar poate acorda îngrijiri medicale la domiciliu conform unui plan elaborat de medicul de familie sau de specialitate care are asiguratul în îngrijire.

Art. 28. — Serviciile medicale care se acordă de medicul de familie persoanelor asigurate în cabinetul medical sau, în cazuri justificate, la domiciliul bolnavului sunt următoarele:

a) Servicii profilactice:

1) 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;

— 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 la adulți — dT (revaccinare);

— împotriva tetanosului — dT sau VTA;

— alte vaccinări în caz de necesitate impuse de Ministerul Sănătății și Familiei.

Acoperirea vaccinală va fi realizată conform programului național de imunizări.

Medicii de familie răspund de modul de păstrare și utilizare cost-eficientă a vaccinurilor;

2) consilierea în vederea evitării factorilor de risc;

3) controale profilactice TBC, boli venerice etc.;

4) examen de bilanț (monitorizarea dezvoltării copilului):

— copii — la externarea de la maternitate, la 1 lună, la 2 luni, la 4 luni, la 6 luni, la 9 luni, la 12 luni, la 15 luni, la 18 luni;

— de la 2 ani la 7 ani — anual;

— de la 7 ani până la 30 de ani — o dată la 2 ani un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică clinică);

— peste 30 de ani — anual — un examen medical complet (inclusiv cu depistare oncologică clinică). Standardul pentru controlul anual al pacienților peste 30 de ani, prevăzut la articolul 66 alineatul (2) din Contractul-cadru, constă în efectuarea unui examen clinic general;

5) depistarea, izolarea și raportarea cazurilor de boli transmisibile, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 8/2000, inclusiv TBC și boli venerice; măsuri minimale de luptă în focarul familial de boală infecțioasă și/sau în colectivități școlare sau studentești fără personal medico-sanitar propriu;

6) supravegherea gravidei:

— luarea în evidență;

— supravegherea, lunar, din luna a III-a până în luna a IX-a de sarcină;

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

7) servicii de bază de planificare familială:

— consultație de planificare familială;

— indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;

8) screening pentru depistarea cancerului genital (frotiu cito-vaginal) și pentru depistarea cancerului mamar, dacă dotarea cabinetului permite aceasta, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății și Familiei;

9) supraveghere etapizată pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0–1 an, pe probleme de puericultură.

b) Servicii de urgență:

1) asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale;

2) trimitere pentru internare în spital sau către medicul de specialitate.

c) Servicii medicale curative:

1) anamneză, examen obiectiv, diagnostic;

2) examene paraclinice minimale la nivelul cabinetului și completare prin trimitere (scrisoare medicală de trimitere cu scurt rezumat al afecțiunii și precizarea motivelor de trimitere). La nivelul centrelor de sănătate rurală cu modul de urgență, dotate în cadrul programului Băncii Mondiale, examene paraclinice, în funcție de specificul dotării și competenței medicului de familie;

3) prescriere de tratament medical și igienico-dietetic;

4) manevre de mică chirurgie, perfuzii i.v., infiltrații;

5) trimitere către alte specialități, după caz (scrisoare medicală de trimitere).

Medicul de familie are obligația să respecte prescripțiile și recomandările făcute de medicii specialiști din ambulatorul de specialitate sau din spital, care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, făcute prin scrisoare medicală pentru asigurații din lista proprie, în concordanță cu evoluția bolii. În situația în care un medic de familie se confruntă cu prescripții și recomandări diferite de la mai mulți medici de specialitate care se referă la același asigurat, medicul respectiv are libertatea să aleagă schema de tratament optimă pentru cazul dat;

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

7) asistență medicală la domiciliu pentru:

— copii în vârstă de sub 3 ani aflați în tratament pentru afecțiuni acute, la solicitarea aparținătorilor legali;

— asigurații de orice vârstă, care au devenit nedeplasabili și care necesită tratament medical recomandat de medicul specialist, ca urmare a unor intervenții chirurgicale majore până la vindecarea completă a plăgii;

— pacienți imobilizați ortopedic;

— pacienți cu insuficiență motorie a trenului inferior;

— bolnavi în fază terminală;



— alte situații, la recomandarea medicului de specialitate printr-o scrisoare medicală;

8) servicii medicale de îngrijire și de recuperare, la indicația medicului de specialitate;

9) educație medico-sanitară;

10) recomandări medicale (prescripții medicale).

d) Servicii speciale:

1) activități în caz de epidemii;

2) asigurarea organizării accesului continuu la asistența medicală;

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

4) consiliere pentru un stil de viață sănătos.

e) Activități de suport:

1) eliberare de acte medicale (certIFICATE de concediu medical, certificat de deces, certificat medical 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 de sănătate;

2) organizarea activității de evidență, completarea la zi a fișei de consultație, a registrelor medicale și raportarea statistică către casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică. Acest tip de activitate se efectuează în cadrul programului de activitate al fiecărui medic, stabilit conform articolului 8 alineatul (1).

Art. 29. — Medicul de familie poate oferi servicii medicale și altor persoane în afara listei proprii de asigurați, atât în timpul programului de lucru pentru cazurile de urgență, 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 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 permanentei asistenței medicale primare, precum și cazurile de urgență. Veniturile realizate din aceste activități reprezintă venituri ale cabinetului medical, care se evidențiază și se impozitează în condițiile legii.

Art. 30. — Lista cuprinzând investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie este prevăzută în anexa nr. 3 la prezentele norme.

### CAPITOLUL III

#### Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu

Art. 31. — În vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare, sau al cabinetului medical, laboratorului ori compartimentului care funcționează în structura unor unități sanitare din asistența medicală ambulatorie de specialitate trebuie să prezinte următoarele documente: certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale sau, după caz, actul de înființare, autorizația sanitară pentru spațiul în care se desfășoară activitatea, cont deschis la trezoreria statului, codul fiscal și dovada de acreditare pentru fiecare medic pe care îl reprezintă.

Art. 32. — Lista cuprinzând serviciile medicale din ambulatoriul de specialitate și tarifele exprimate în puncte sunt cuprinse în anexa nr. 4 la prezentele norme. Pentru confirmarea diagnosticului se punctează cel mult două consultații ale aceluiași medic.

Art. 33. — Casele de asigurări de sănătate decontează investigațiile paraclinice efectuate numai în unitățile sanitare cu care ele au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale. Investigațiile paraclinice necesare în vederea stabilirii diagnosticului în ambulatoriu nu se decontează în cazul repetării din motive tehnice sau nemedicale, inclusiv cele la cererea pacientului. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele negociate pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice, în conformitate cu complexitatea și performanțele aparaturii din dotarea furnizorilor de servicii medicale paraclinice, și nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 5 la prezentele norme. Spitalele pot furniza servicii de specialitate ambulatorii în domeniul investigațiilor paraclinice, prin laboratoarele din structura proprie, decontarea acestora făcându-se din fondul asistenței medicale de specialitate din ambulatoriu, în aceleași condiții ca orice furnizor de servicii medicale paraclinice. Spitalele sunt obligate să aibă evidență separată a investigațiilor paraclinice efectuate pentru asistența medicală ambulatorie, față de investigațiile paraclinice prestate pentru asigurații internați.

Art. 34. — Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale prezentate în anexa nr. 4 la prezentele norme, luând în calcul numărul de puncte aferente fiecărui serviciu medical și valoarea unui punct unică pe țară, calculată la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 35. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate calculează anual valoarea estimată a unui punct unică pe țară, în funcție de:

a) fondul aferent pentru asistența medicală de specialitate din ambulatoriu (se ia în calcul 90% din fondul aferent asistenței medicale de specialitate din ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale paraclinice);

b) numărul de servicii medicale, pe tipuri de servicii medicale, estimat să se realizeze pe durata unui an de către medicii de specialitate, avizat de colegiul județean al medicilor și negociat cu casa de asigurări de sănătate, și punctajul aferent acestora.

Art. 36. — (1) La stabilirea numărului total de puncte estimat pe lună pentru serviciile medicale se ia în calcul un număr de maximum 28 de consultații medicale și 14 servicii medicale și tratamente cuprinse în anexa nr. 4 la prezentele norme, corespunzător unui program de lucru de 7 ore/medic pe zi, considerat ca fiind acceptabil din punct de vedere al asigurării calității serviciului medical. Acest număr total de puncte se poate realiza în cadrul programului anunțat de 35 de ore pe săptămână și prevăzut în contract și poate fi de luni până sâmbătă inclusiv. Estimarea numărului de puncte pe lună nu poate depăși numărul de puncte rezultat prin înmulțirea numărului de zile lucrătoare aferent lunii respective cu 28 de consultații medicale și 14 servicii medicale și tratamente, cuprinse în anexa nr. 4 la prezentele norme, în medie pe zi/medic. Dacă programul de activitate este mai mic de 7 ore pe zi, numărul de servicii medicale pe zi se ajustează în funcție de numărul de ore pe care medicul de specialitate le prestează la cabinetul medical.

(2) Numărul total de puncte estimat pe lună pentru serviciile medicale acordate de medicii de specialitate care au contract de muncă în spitale (pe secție sau în ambulatoriul de specialitate al spitalului) sau integrare clinică în spitale, cu excepția medicilor de familie, care pot lucra în ambulatoriul de specialitate pe baza contractului încheiat de reprezentantul legal al unității sanitare cu casa de asigurări de sănătate, ia în calcul un număr maxim de 4 ore pe zi în

afara programului de lucru din spital sau din ambulatoriul de specialitate al spitalului respectiv și un număr maxim de 16 consultații medicale și 8 servicii medicale și tratamente în medie pe zi/medic.

(3) Suma contractată de un furnizor de servicii medicale paraclinice cu casa de asigurări de sănătate se stabilește în funcție de numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de servicii medicale și colegiul medicilor județean sau al municipiului București cu casa de asigurări de sănătate, ținând seama de complexitatea și utilitatea acestor servicii și de tarifele negociate. La contractarea și decontarea serviciilor medicale paraclinice nu se ține seama de gradul profesional.

(4) Valoarea investigațiilor paraclinice efectiv realizate de furnizorii de servicii medicale într-o lună nu poate fi mai mare decât cu maximum 10% față de valoarea serviciilor medicale paraclinice negociate, fără a fi depășită suma anuală contractată. Depășirea cu peste 10% nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

Art. 37. — (1) 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.

(2) Numărul total de puncte efectiv realizat în fiecare lună se majorează în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea:

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

Criteriile de încadrare a cabinetului medical în una din cele 3 condiții se asimilează cu cele prevăzute la articolul 8 litera d) și la punctul 4 din nota de la anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 281/1993 cu privire la salarizarea personalului din unitățile bugetare, cu modificările și completările ulterioare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale care se încadrează în criteriile de mai sus se stabilește anual de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, la propunerile caselor de asigurări de sănătate și ale colegiului medicilor județean sau al municipiului București.

Art. 38. — Valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte realizate într-o lună se majorează cu 20%.

Art. 39. — (1) La finele fiecărui trimestru se calculează valoarea definitivă a unui punct și se face recalcularea sumelor convenite în funcție de serviciile efectiv prestate în condițiile articolului 36 alineatul (1) și alineatul (2) și punctele aferente acestora cu majorările prevăzute la articolul 37 alineatul (2) și la articolul 38, după caz, precum și de fondurile aferente trimestrului, pentru plata serviciilor medicale de specialitate din ambulatoriu.

(2) Lunar medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate raportează caselor de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, activitatea efectiv realizată, care se verifică de către acestea.

Art. 40. — Medicii specialiști din ambulatoriul de specialitate, acreditați conform deciziilor de acreditare a personalului medical, pot încheia, la cererea acestora, cu casele de asigurări de sănătate contracte de prestări de servicii medicale referitoare numai la prescrierea medicamentelor cu contribuție personală și la abilitarea de a efectua trimiteri către furnizorii de servicii medicale spitalicești. Nu pot încheia acest tip de contracte medicii din specialități paraclinice, medicii de medicină generală cu competență în planificare familială, acupunctură—fitoterapie—homeopatie, medicii de întreținere, medicii din cabinetele școlare și

studentești și medicii de familie. Aceste contracte nu conferă dreptul de a recomanda investigații paraclinice suportate de casele de asigurări de sănătate, precum și de a prescrie medicamente fără contribuție personală. Aceste contracte incumbă supunerea la regulile de control din partea caselor de asigurări de sănătate și a colegiului medicilor, conform legii, iar nerespectarea prevederilor acestui tip de contract conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractelor. Medicii care au încheiat acest tip de contract sunt obligați să afișeze la sediul cabinetului detalii privind obiectul și clauzele acestui contract.

Medicii care solicită încheierea acestui tip de contract cu casele de asigurări de sănătate sunt cei care își desfășoară activitatea în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, sau conform Hotărârii Guvernului nr. 532/1991 privind reglementarea asistenței medicale cu plată în unitățile sanitare și nu pot avea alte relații contractuale directe de prestări de servicii în ambulatoriul de specialitate.

Art. 41. — Reprezentantul legal al unității sanitare de specialitate din ambulatoriu este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În cazul în care se constată raportări eronate reprezentantul legal răspunde material, civil și penal, potrivit dispozițiilor cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale, conform legislației în vigoare.

Art. 42. — (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru vor fi corectate la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea trimestrului vor fi corectate până la sfârșitul anului în curs, astfel: numărul de puncte plătit eronat 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. Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate, cu excepția serviciilor medicale paraclinice, corespunzător trimestrului în care s-a constatat eroarea, se modifică în funcție de erorile de calcul intervenite în trimestrele anterioare. În situația în care după încheierea anului financiar se constată erori de calcul aferente anului respectiv, sumele plătite în plus sau în minus se recalculează conform legii.

Art. 43. — Asigurații se pot prezenta la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie, medicul din cabinetele medicale școlare sau studentești — pentru elevi, respectiv studenți, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, precum și a afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, conform anexei nr. 6 la prezentele norme.

Art. 44. — Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate către alt medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate se face pe baza biletului de trimitere.

Art. 45. — Reprezentantul legal al cabinetului medical are obligația de a angaja personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile articolului 11 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, achitând lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Personalul

angajat beneficiază de drepturile prevăzute de legislația muncii în vigoare. Reprezentantul legal are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat.

Art. 46. — În cabinetele de specialitate din ambulatoriu organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici acreditați în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare; medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face folosindu-se formularul-tip, cu ștampila cabinetului și cu parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul de furnizare de servicii medicale încheiat de reprezentantul legal al cabinetului cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 47. — Pentru unitățile sanitare din asistența medicală ambulatorie de specialitate care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, care au în structura lor și laborator de sănătate mintală, cabinete de sănătate a reproducerii (planificare familială) și dispensare TBC, precum și pentru unitățile sanitare proprii ale apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din domeniul transporturilor, contractele de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate. Pe baza numărului de servicii medicale contractate de aceste unități, a punctajului sau a tarifelor aferente acestor servicii, unitățile respective beneficiază de o sumă globală distinctă cu destinație pentru ambulatoriul de specialitate, calculată conform metodologiei prevăzute în prezentele norme.

Art. 48. — Lista cuprinzând investigațiile paraclinice recomandate de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate este prevăzută în anexa nr. 3 la prezentele norme.

## CAPITOLUL IV

### Servicii medicale spitalicești

Art. 49. — (1) Spitalizarea se efectuează pe baza recomandării de internare a medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate. Excepție fac urgențele medico-chirurgicale. Spitalizarea se impune conform diagnosticului 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.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești care au contract cu casa de asigurări de sănătate acceptă și trimiterele de la medicii care nu sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Medicul de serviciu decide oportunitatea internării. La 24 de ore de la internare șeful de secție va analiza oportunitatea necesității continuării spitalizării pentru toți bolnavii internați.

Art. 50. — Pentru internările la cerere costul serviciilor medicale se suportă de către solicitant, pe baza tarifelor pe zi de spitalizare stabilite de fiecare unitate furnizoare.

Art. 51. — Durata medie de spitalizare optimă pe țară, pe secții și pe tipuri de spitale — este prezentată în anexa nr. 7 la prezentele norme și este calculată în funcție de

durata medie de spitalizare la nivel național înregistrată în anul 1999 pe categorii de spitale și pe secții. Casele de asigurări de sănătate stabilesc un sistem riguros de control pentru spitalele ale căror secții depășesc durata optimă de spitalizare.

Art. 52. — Lista cuprinzând serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații este prevăzută în anexa nr. 8 la prezentele norme.

Art. 53. — Tipurile de spitalizare sunt:

a) integrală:

1. continuă — forma de internare prin care se asigură asistența medicală curativă și de recuperare neîntreruptă;

2. săptămânală — de luni până vineri, care concentrează în perioada respectivă examinările, investigațiile și actele terapeutice necesare pentru rezolvarea completă a cazului respectiv în acest interval de timp. În secțiile sau compartimentele care asigură acest tip de spitalizare sâmbăta și duminica nu se desfășoară nici o activitate;

b) parțială:

1. spitalizare de o zi — 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, timp necesar pentru rezolvarea în totalitate a cazului respectiv;

2. spitalizare de zi — forma de internare folosită atunci când starea pacientului îi permite să părăsească spitalul în afara perioadei de investigații, tratament și recuperare. În această formă de spitalizare, bolnavul revine zilnic la spital, la indicația medicului curant.

Art. 54. — (1) Serviciile medicale de înaltă performanță și alte servicii a căror contravaloare nu este suportată de casele de asigurări de sănătate sunt prezentate în anexa nr. 9 la prezentele norme.

(2) Serviciile medicale de înaltă performanță care se decontează integral de către casele de asigurări de sănătate sunt:

a) rezonanță magnetică nucleară;

b) tomografie computerizată;

c) scintigrafie;

d) angiografie.

(3) Serviciile prevăzute la alin. (2) se acordă în următoarele condiții:

a) urgențe medico-chirurgicale de gradele 0 și 1;

b) în secții de neurologie și neurochirurgie;

c) 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.

Art. 55. — Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și însoțitorii copiilor cu handicap beneficiază de plata serviciilor hoteliere din partea caselor de asigurări de sănătate în următoarele condiții:

a) la recomandarea medicului care îngrijește copilul bolnav internat;

b) mamă care alăptează.

Art. 56. — Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere care au un grad ridicat de confort peste confortul standard. Se consideră confort standard salonul cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare, și fără dotări care să asigure confort suplimentar. Contribuția personală a asiguraților are la bază tarifele stabilite de fiecare unitate furnizoare și reprezintă venit propriu al spitalului.

Art. 57. — (1) Decontarea serviciilor medicale spitalicești de către casele de asigurări de sănătate se efectuează pe baza contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(2) Valoarea contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se stabilește pe baza numărului de zile de spitalizare, cu desfășurarea pe tipuri de spitale și secții, înmulțit cu costul pe zi de spitalizare.

(3) Casele de asigurări de sănătate, la negocierea serviciilor medicale, se bazează pe documentația prezentată de fiecare spital, din care să reiasă toți indicatorii specifici activității, precum și pe următorii indicatori:

a) tarifele medii pe zi de spitalizare la nivel național, cu desfășurarea pe secții și tipuri de spitale, care reprezintă elementul de bază al negocierii serviciilor medicale, sunt cuprinse în anexa nr. 10 la prezentele norme. În anul 2001 tariful pe zi de spitalizare este stabilit la nivelul costului mediu pe zi de spitalizare la nivel național, pe tipuri de spitale și pe secții, și este calculat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

b) costul efectiv realizat pe zi de spitalizare pe anul 2000 de către fiecare spital, defalcat pe secții, care poate fi indexat. Coeficientul de indexare se va stabili prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) numărul de internări contractat în anul 2001 se stabilește pe baza numărului de internări negociate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale spitalicești. Negocierea numărului de internări are la bază numărul de internări realizate în anul 2000 de furnizorii de servicii medicale spitalicești, care poate fi depășit numai în situații justificate și bine documentate, cu încadrarea în fondurile aprobate cu această destinație. Spitalele din rețeaua Ministerului Sănătății și Familiei, precum și spitalele din subordinea ministerelor cu rețele sanitare proprii, la contractarea numărului de internări cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, pe raza administrativ-teritorială în care acestea își au sediul, vor avea în vedere numărul de internări aferente asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București la care se virează contribuția de asigurări de sănătate. Spitalele care încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor, vor avea în vedere numărul de internări pentru asigurații pentru care se virează contribuția la Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și la Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor. În cazul în care într-un spital se realizează un număr mai mic de internări în unele secții, economiile realizate vor fi utilizate pentru plata unui număr mai mare de internări la nivelul altor secții din cadrul spitalului, unde se justifică aceasta;

d) durata medie de spitalizare contractată pe anul 2001 care nu o poate depăși pe cea efectiv realizată pe fiecare secție în anul 2000.

În situația în care durata medie de spitalizare efectiv realizată pe fiecare secție în anul 2000 este superioară celei optime prezentate în anexa nr. 7 la prezentele norme, casele de asigurări de sănătate vor accepta la contractare durata medie de spitalizare realizată în anul precedent. Prin contractul de furnizare de servicii medicale se pot stabili etape de reducere a duratei medii de spitalizare realizate, dacă aceasta este superioară nejustificat celei optime, precum și penalități pentru neîndeplinirea acestei obligații asumate prin contracte de către furnizorii de servicii medicale.

În situația în care durata medie de spitalizare realizată pe fiecare secție în anul 2000 este inferioară celei optime prevăzute în anexa nr. 7 la prezentele norme, casele de

asigurări de sănătate, în situații justificate și în limita fondurilor alocate cu această destinație serviciilor medicale spitalicești, pot accepta la decontare o durată medie de spitalizare mai mare decât cea contractată, dar care nu poate fi mai mare decât cea prevăzută în anexa nr. 7 la prezentele norme;

e) numărul de zile de spitalizare la nivelul fiecărei secții pentru anul în curs, se calculează înmulțind numărul de internări conform literei c) cu durata medie de spitalizare stabilită conform literei d). Pentru spitalele și secțiile puse în funcțiune în anul 2001 numărul de zile de spitalizare la nivelul fiecărei secții pentru anul în curs se calculează înmulțind numărul de internări negociate pentru anul 2001 cu durata medie de spitalizare cuprinsă în anexa nr. 7 la prezentele norme.

Art. 58. — Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești, în limita fondului cu această destinație, avându-se în vedere următoarele:

a) în cazul în care costul efectiv realizat pe zi de spitalizare în anul 2000, pe tip de spital și, respectiv, pe secție —, calculat conform articolului 57 alineatul (3) litera b), este mai mic sau egal cu tariful pe zi de spitalizare la nivel național pe secție, suma contractată pentru servicii medicale spitalicești are în vedere numărul de zile de spitalizare obținute în condițiile articolului 57 alineatul (3) litera e) și costul efectiv realizat pe zi de spitalizare calculat conform articolului 57 alineatul (3) litera b). În acest caz la suma rezultată se poate adăuga o creștere de până la 15%, cu încadrarea în fondurile aprobate cu această destinație;

b) în cazul în care costul efectiv realizat pe zi de spitalizare în anul 2000, pe tip de spital și, respectiv, pe secție —, calculat conform articolului 57 alineatul (3) litera b), este peste nivelul tarifului pe zi de spitalizare la nivel național, suma contractată pentru servicii medicale are în vedere numărul de zile de spitalizare obținut în condițiile articolului 57 alineatul (3) litera e) și costul efectiv realizat pe zi de spitalizare în anul 2000 stabilit conform articolului 57 alineatul (3) litera b).

În cazul în care costul efectiv realizat pe zi de spitalizare în anul 2000 — pe tip de spital și, respectiv, pe secție —, calculat conform articolului 57 alineatul (3) litera b), este peste nivelul tarifului pe zi de spitalizare la nivel național, nejustificat din punct de vedere medical, în contract se pot prevedea etape de reducere a acestuia până la nivelul tarifului pe zi de spitalizare la nivel național. Pentru reducerea costului efectiv realizat pe zi de spitalizare, la contractare spitalul va anexa lista cuprinzând măsurile concrete pe care urmează să le ia în vederea realizării reducerii costului efectiv realizat;

c) pentru spitalele și secțiile puse în funcțiune în anul 2001 costul pe zi de spitalizare la nivelul secției pentru anul în curs se situează la nivelul tarifului pe zi de spitalizare la nivel național cuprins în anexa nr. 10 la prezentele norme. Suma contractată pentru servicii medicale spitalicești are în vedere numărul de zile de spitalizare obținute în condițiile articolului 57 alineatul (3) litera e) și tariful mediu pe zi de spitalizare la nivel național.

Art. 59. — În cazul în care spitalele au în structura proprie dispensare medicale (fără medic) suma aferentă pentru funcționarea acestora se prevede distinct în bugetul spitalelor.

Art. 60. — Pentru ambulatoriul de specialitate din structura spitalelor se vor încheia contracte distincte între casele de asigurări de sănătate și spitalele respective, în condițiile prevăzute la capitolul III.

Art. 61. — Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale spitalicești se semnează din partea spitalelor de către directorul spitalului și contabilul-șef, care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

Art. 62. — (1) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, obținută prin înmulțirea costului pe zi de spitalizare prevăzut la articolul 58 cu numărul de zile de spitalizare obținut conform articolului 57 alineatul (3) litera e), va ține seama și de numărul de urgențe medico-chirurgicale prezentate la camera de gardă sau la unitatea de primire urgențe și neinternate, a căror cheltuială se va repartiza pe secții ca cheltuială indirectă, și se repartizează pe luni, în concordanță cu prevederile prezentelor norme. La începutul fiecărei luni, pentru luna în curs casele de asigurări de sănătate acordă sume furnizorilor de servicii medicale. Spitalele vor raporta până la data de 5 a lunii curente pentru luna expirată, caselor de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte, indicatorii realizați (număr de internări, durata medie de spitalizare, număr de zile de spitalizare), urmând ca pe baza acestora să primească diferența.

(2) La sfârșitul fiecărui trimestru casele de asigurări de sănătate vor analiza indicatorii realizați cumulați pe trimestrul respectiv, comparativ cu cei contractați, putând stabili următoarele:

a) în cazul în care indicatorii realizați sunt la nivelul indicatorilor contractați și spitalul nu a înregistrat sesizări semnificative asupra unei calități necorespunzătoare a serviciilor furnizate, se acordă definitiv suma prevăzută în contract pentru trimestrul respectiv;

b) în cazul în care indicatorii realizați sunt sub nivelul indicatorilor contractați, casele de asigurări de sănătate pot hotărî dacă acordă întreaga sumă contractată pentru trimestrul respectiv, în condițiile în care spitalul justifică creșterea cheltuielilor, sau pot hotărî acordarea unei sume mai mici decât cea din contract pentru trimestrul respectiv, proporțional cu nerealizarea indicatorilor;

c) în cazul în care indicatorii realizați sunt peste cei contractați, se acordă suma contractată, la care se poate aplica o majorare stabilită prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 63. — Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

Art. 64. — (1) Îngrijirea sau recuperarea efectuată în continuarea tratamentului spitalicesc în unități ambulatorii de specialitate sau la domiciliu se acordă de medicul de specialitate în cadrul ambulatoriului de specialitate sau de medicul de familie pe lista căruia figurează asiguratul, în limitele competențelor acestuia și la recomandarea medicului de specialitate.

(2) În localitățile unde nu există medic de familie în dispensarele medicale comunale aflate în subordinea spitalului teritorial personalul mediu sanitar acordă primele îngrijiri în caz de boală sau accident, potrivit unui grafic orar întocmit de unitatea sanitară cu personalitate juridică în structura căreia funcționează dispensarul medical.

## CAPITOLUL V

### Asistența medicală ambulatorie stomatologică

Art. 65. — În vederea încheierii contractelor reprezentantului legal trebuie să prezinte următoarele documente: certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale sau, după caz, actul de înființare, autorizația sanitară pentru spațiul în care se desfășoară activitatea, cont deschis la trezoreria statului, codul fiscal și dovada de acreditare pentru fiecare medic stomatolog pe care îl reprezintă.

Art. 66. — Reprezentantul legal al cabinetului medical stomatologic poate angaja medici, dentiști, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, cu obligația de a achita lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Medicul stomatolog are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul acreditat angajat.

Art. 67. — Lista cuprinzând serviciile medicale stomatologice preventive și tratamentele stomatologice decontate de casele de asigurări de sănătate, tarifele aferente și procentul în care acestea sunt decontate de casele de asigurări de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 11 la prezentele norme. Diferența dintre suma decontată de casele de asigurări de sănătate și tariful aferent serviciilor medicale stomatologice prevăzute în lista cuprinzând serviciile stomatologice se suportă de asigurați.

Art. 68. — (1) În vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor stomatologice și a verificării procentului de decontare a tratamentelor stomatologice efectuate reprezentanții legali ai cabinetelor medicale stomatologice raportează lunar la casa de asigurări de sănătate centralizatorul lunar al activităților profilactice și centralizatorul lunar al actelor terapeutice, cuprinse în anexa nr. 11 la prezentele norme.

(2) Ca urmare a efectuării serviciului stomatologic de prevenție medicul stomatolog aplică pe carnetul de asigurat o ștampilă din care să reiasă data efectuării serviciului, tipul acestuia și medicul care l-a efectuat. Ștampila se aplică pentru asigurații în vârstă de peste 18 ani. Medicul consemnează aceleași date în fișa de tratament a pacientului/registru de consultații, aceasta constituind o justificare pentru casele de asigurări de sănătate, în vederea decontării tratamentelor stomatologice și a controlului pe care casa de asigurări de sănătate îl poate efectua.

Art. 69. — (1) În cadrul serviciilor medicale stomatologice preventive consultația în cadrul dispensarizării profilactice se suportă de casele de asigurări de sănătate, astfel:

a) pentru copiii în vârstă de 0–18 ani, nelimitat;

b) pentru tinerii de la 18 la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, de două ori pe an;

c) pentru adulți, o dată pe an.

(2) Serviciile medicale stomatologice preventive cuprinse în anexa nr. 11 la prezentele norme, altele decât cele prevăzute la alineatul (1), se suportă de casele de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în anexa menționată mai sus.

(3) Condițiile acordării tratamentelor stomatologice în cazul copiilor până la 18 ani sunt prevăzute în anexa nr. 11 la prezentele norme.

Art. 70. — (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale stomatologice preventive și a tratamentelor stomatologice se face în limita unui plafon trimestrial pe medic și dentist, după caz, care au încheiat contract cu casele de asigurări de sănătate, direct sau

prin reprezentanții legali. Acest plafon se stabilește în funcție de fondul trimestrial alocat cu această destinație și de numărul de servicii medicale stomatologice estimate de către furnizorii de servicii medicale stomatologice să fie efectuate în trimestrul respectiv și valoarea estimată a acestora pentru suma decontată de casa de asigurări de sănătate. În acest sens furnizorii de servicii medicale stomatologice depun la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contracte de furnizare de servicii medicale stomatologice situația privind estimarea numărului de servicii medicale stomatologice și valoarea estimată a acestora pentru anul în curs, defalcată pe trimestre, care se negociază între părți.

(2) Plafonul se regularizează trimestrial în funcție de:

a) serviciile stomatologice efectiv prestate și raportate, precum și de tarifele acestora, a căror sumă nu poate fi mai mare decât cea estimată și negociată, cu excepția urgențelor stomatologice, care pot depăși sumele repartizate lunar în cadrul trimestrului cu maximum 10%;

b) fondul trimestrial aferent cu această destinație;

c) sumele neconsumate în trimestrul respectiv și anterior;

d) sumele care au depășit plafonul trimestrial anterior.

Sumele ce depășesc plafonul trimestrial la sfârșitul anului se regularizează conform legislației în vigoare.

(3) Plafonul trimestrial aferent unui trimestru se stabilește la începutul trimestrului respectiv.

Neîncadrarea în plafonul trimestrial atrage după sine întocmirea unor liste de așteptare.

În cadrul acestui plafon trimestrial casele de asigurări de sănătate acordă sume lunare furnizorilor de servicii medicale stomatologice.

Art. 71. — Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor stomatologice preventive și a tratamentelor stomatologice pe fiecare asigurat.

Art. 72. — Reprezentantul legal are obligația să raporteze lunar activitatea medicală efectiv realizată de către medicii stomatologi și dentiști și răspunde pentru corectitudinea datelor raportate. În cazul în care se constată raportări eronate reprezentantul legal răspunde material, civil și penal, potrivit dispozițiilor cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale, conform legislației în vigoare.

Art. 73. — (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru vor fi corectate la sfârșitul trimestrului o dată cu recalcularea plafonului trimestrial pe medic.

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

Art. 74. — În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face direct de la cabinetul stomatologic către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

Art. 75. — Radiologia dentară se decontează direct medicului stomatolog, dacă are competența necesară să efectueze serviciul medical respectiv, sau medicului radiolog, pe baza tarifelor prevăzute în anexele nr. 5 și 11 la prezentele norme.

## CAPITOLUL VI

### Servicii medicale de urgență prespitalicăști

Art. 76. — Reprezentantul legal al unității sanitare furnizoare de servicii medicale de urgență prespitalicăști încheie contract de furnizare de servicii medicale de urgență prespitalicăști și alte tipuri de transporturi medicale cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 77. — Prezența medicului din serviciul 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 prespitalicăști, autorizată conform legislației în vigoare. Medicul care acordă servicii medicale de urgență prin serviciul de ambulanță prescrie rețete medicale cu contribuție personală numai pentru o perioadă de 72 de ore la sfârșit de săptămână, respectiv vineri, sâmbătă, duminică, precum și în zilele de sărbători legale, însoțite de o scrisoare medicală adresată medicului de familie la care este înscris asiguratul respectiv. În perioada sfârșitului de săptămână, respectiv în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și sărbătorile legale, medicul care acordă servicii medicale de urgență poate elibera certificate constatatoare de deces, în condițiile prevăzute de lege.

Art. 78. — Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicăști și a altor tipuri de transport, prevăzute la art. 81, 82 și 83 și contractate de furnizorii de servicii medicale de urgență prespitalicăști, se face pe baza următorilor indicatori: cost pe kilometru parcurs sau cost/solicitare. Acești indicatori rezultă în urma negocierii următoarelor elemente: timpul mediu de răspuns la solicitare, gradul de dotare al mijlocului de transport clasificat astfel:

Autovehicule destinate asistenței medicale și transportului pacienților:

a) ambulanțe de resuscitare și terapie intensivă (ARTI) destinate asistenței medicale de urgență, prin stabilizarea avansată a funcțiilor vitale și transportul pacienților în cazul urgențelor majore;

b) ambulanțe nemedicalizate pentru asistență medicală, susținerea bazală a funcțiilor vitale și transportul pacienților cu afecțiuni care nu constituie urgențe majore;

c) autovehicule fără targă, destinate asistenței medicale și transportului pacienților cu afecțiuni care nu constituie urgențe majore — autosanitare (5–14 locuri).

Art. 79. — Serviciile de ambulanță pot asigura servicii medicale și de transport, altele decât cele decontate de casele de asigurări de sănătate către terți, pe bază de tarife proprii plătite direct de solicitanți și care se constituie în venituri proprii ale unității furnizoare de servicii medicale de urgență prespitalicăști.

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 din județul în care se află unitatea sanitară care externează bolnavul.

Art. 80. — Nu se decontează din Fondul asigurărilor sociale de sănătate transporturile bolnavilor efectuate pentru consulturi interdisciplinare sau interclinice; acestea se decontează de unitatea sanitară care a solicitat transportul respectiv, dacă medicul curant și șeful de secție consideră necesar acest consult, și se constituie în venit propriu al unității furnizoare de servicii medicale de urgență prespitalicăști.

Art. 81. — Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate sunt:

a) transportul urgențelor medico-chirurgicale;

b) transportul bolnavilor cu boli infectocontagioase;

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 ce sunt plătite de angajator;

e) transportul urgențelor ginecologice, obstetricale și al gravidei în vederea nașterii;

f) transportul accidentaților în urma unor accidente de circulație;

g) transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;

h) transportul copiilor prematuri 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 sau investigații al persoanelor nedepasabile;

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

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

l) transportul de sânge și derivate, 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;

n) transportul asiguraților dializați în vederea efectuării dializei, de la/la domiciliu.

Art. 82. — Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore decontate de casele de asigurări de sănătate sunt:

a) Catastrofe (urgențe „în masă“)

b) Urgențe colective

c) Urgențe individuale ca suspiciune a următoarelor stări morbide:

1) Stopul cardio-respirator (fibrilație/tahicardie ventriculară fără puls, asistolia, disociația electromecanică)

2) Accidente coronariene acute (angina instabilă, infarct miocardic acut)

3) Politraumatisme (accidente auto, casnice, de muncă, incendii)

4) Colaps — șoc (traumatic, anafilactic, hipovolemic, cardiogen, toxico-septic)

5) Monotraumatisme 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, traumatisme 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 ori ureter, traumatisme de perineu și/sau organe genitale cu șoc hipovolemic)

6) Fracturi deschise ale membrilor cu afectarea pachetului vasculonervos

7) Plăgi cu hemoragie masivă

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

9) Amputații de diferite segmente

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

11) Arsuri chimice

12) Arsuri electrice

13) Accidentul cerebrovascular acut

14) Tulburări paroxistice de ritm

15) Blocul atrioventricular de gradul 3

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

17) Insuficiența 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 cu hemoglobină sub 7g/dL

18) Embolia pulmonară

19) Sincope

20) Come

21) Abdomen acut

22) Pancreatita acută

23) Septicemie

24) Meningita la copii

25) Encefalita

26) Deshidratarea severă

27) șocul hipotermic

28) șocul hipertermic

29) Tentative de suicid

30) Intoxicații voluntare și involuntare

31) Supradozare droguri

32) Convulsii

33) Înec

34) Electrocutare

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

36) Viol

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

38) Sindromul de coagulare intravasculară diseminată

39) Insuficiența renală acută

40) Sarcina ectopică ruptă

41) Avort complicat cu infecție sau cu șoc hemoragic

42) Placenta praevia

43) Apoplexia uteroplacentară

44) Ruptura uterină

45) Eclampsia și preeclampsia

46) II P — multipară, contracții uterine dureroase, membrane rupte

47) LVII contracții uterine dureroase

48) Atac de glaucom

49) Dezlipire de retină

50) Stări depresive severe

51) Stări halucinante delirante

52) Stări confuzionale

53) Starea stuporoasă.

Art. 83. — Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale de gradul 2 decontate de casele de asigurări de sănătate ca suspiciune a următoarelor stări morbide sunt:

a) Angina pectorală (în afară de angina instabilă)

b) Entorse

c) Luxații

d) Fracturi închise ale membrilor și fără leziuni ale pachetului vasculonervos

e) Reumatismul articular acut în criză

f) Sindroame de compresie și/sau iritație radiculară (nevralgia cervico-brahială, lombalgia și lombosciatica) în faza acută

g) Artrite septică

h) Arsuri termice de gradele 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

k) Criză de hipertensiune arterială fără complicații

l) Tromboflebită acută

m) Arterita, fără sindromul de ischemie periferică acută, cu confirmare oscilometrică

n) Corp străin 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) Apendicita acută fără abdomen acut  
 u) Colica renală  
 v) Retenția de urină  
 w) Meningita la adulți, holera, difteria, tetanos, botulism  
 x) Manifestări ale administrării drogurilor și ale sevrajului (cu excepția supradozării)  
 y) Agitații psihomotorii sau catatonicii  
 z) Agresății minore (contuzii, echimoză, hematoame, fracturi închise simple)  
 aa) Avort necomplicat  
 bb) Diabetul zaharat decompensat  
 cc) Primipară contracției uterine dureroase  
 dd) Stare febrilă cu alterarea stării generale  
 ee) Afecțiuni reumatologice cronice confirmate în puseu inflamator, cu deficit motor al membrilor inferioare.

## CAPITOLUL VII

**Servicii medicale de reabilitare a sănătății**

Art. 84. — Prevederile capitolului IV se aplică și pentru spitalele speciale de recuperare-reabilitare și pentru secțiile de recuperare-reabilitare ale unor spitale.

Art. 85. — Prevederile capitolului III se aplică și pentru unitățile sanitare de tip ambulator de recuperare-reabilitare, cu excepția unităților sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice.

Art. 86. — (1) Pentru sanatorii balneare sumele negociate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc în funcție de cheltuielile anului precedent. Valoarea contractului este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților. Contribuția personală a asiguratului reprezintă 25—30% din costul unei zile de spitalizare, în funcție de tipul de asistență medicală balneară, la recomandarea medicului de specialitate, conform tabelului de mai jos:

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

\*) Nu se referă la perioade mai mari de 21 de zile și 30 de zile. Peste această durată spitalizarea se plătește în întregime de către asigurat. Casa de asigurări de sănătate decontează și durate mai mici de 18 zile sau 21 de zile, conform aceluiași procent.

(2) Pentru sanatorii, altele decât cele prevăzute la alineatul precedent și preventorii, sumele negociate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc în funcție de cheltuielile anului precedent.

Art. 87. — Casele de asigurări de sănătate negociază cu reprezentantul legal al unităților sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice organizate potrivit legii numărul de servicii medicale și tipul acestora, luând în calcul tarifele aferente procedurilor de medicină fizică cuprinse în anexa nr. 12 la prezentele norme, cu încadrarea în fondul alocat cu această destinație.

Art. 88. — Asigurații beneficiază de servicii medicale de recuperare-reabilitare în condițiile prevăzute mai sus numai pe baza biletului de trimitere de la medicul de specialitate.

## CAPITOLUL VIII

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

Art. 89. — Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii farmaceutice cu farmaciile autorizate conform legislației în vigoare, cu avizul prealabil al Colegiului Farmaciștilor din România, și acreditate de acestea, respectându-se următoarele cerințe:

- a) în farmacie să fie prezent permanent un farmacist;  
 b) farmacia să fie situată într-un perimetru geografic care să permită accesul populației;

c) farmacia să se aprovizioneze permanent cu medicamente, conform listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală cu sau fără contribuție personală;

d) să nu aibă reclamații justificate din partea asiguraților;

e) farmaciile sunt obligate, sub sancțiunea revocării acreditării, să aibă permanent în stoc curent la dispoziția persoanelor asigurate medicamente la nivelul prețului de referință stabilite prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică, pentru medicamentele de care beneficiază asigurații conform listelor de medicamente.

Art. 90. — Farmacia are obligația să transmită la nivelul caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta.

Art. 91. — Farmaciștii din Casa Națională de Asigurări de Sănătate și din casele de asigurări de sănătate au drept de control la furnizorii de servicii farmaceutice în scopul respectării contractului de furnizare de servicii farmaceutice; controlul va viza numai acea parte a activității farmaciei de relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 92. — Medicamentele de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală cu sau fără contribuție personală, în condițiile legii, se suportă din Fondul de asigurări sociale de sănătate și se eliberează numai cu respectarea prevederilor prezentului mod de prescriere, eliberare și decontare.

Art. 93. — Asigurații au dreptul la medicamente cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în tratamentul ambulatoriu.

Art. 94. — Prescripția medicală se emite de medicii din cabinetele medicale și de medicii din spitalele cu care casele de asigurări de sănătate au încheiat contract de furnizare de servicii medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția asiguratului. Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile, cu excepția diabetului zaharat pentru care prescripția poate fi de 60 de zile.

Art. 95. — Prescripția medicală conține în mod obligatoriu următoarele date: denumirea furnizorului de servicii medicale (cabinet medical, spital etc.), date de identificare a asiguratului (nume, prenume, vârstă etc.), numărul foii de observație sau din registrul de consultații al bolnavului, diagnosticul, tratamentul prescris, data eliberării, codul medicului și specialitatea acestuia, numărul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate și denumirea casei de asigurări de sănătate. Aceste obligații revin medicului care emite prescripția medicală.

Art. 96. — Inscricțiunea codului medicului pe prescripția medicală se face prin aplicarea parafei medicului, care conține în mod obligatoriu și codul medicului.

Art. 97. — Prescripțiile medicale care nu conțin datele precizate la articolele 95 și 96 nu vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate.

Art. 98. — În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici numai în limita specialității (responsabilității) pe care o au, cu excepția medicilor acreditați ca medici de familie care pot prescrie medicamente atât în limita competenței proprii, cât și pe baza recomandărilor scrise date de medicii specialiști, cu respectarea indicațiilor din prospectul producătorului de medicamente.

Art. 99. — Decadal casele de asigurări de sănătate plăitoare ale sumelor pentru medicamentele prescrise în tratamentele ambulatorii cu sau fără contribuție personală urmăresc evoluția consumului de medicamente, comparativ cu bugetul alocat acestei categorii de cheltuieli.

Art. 100. — Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele constituie documente financiar-contabile, conform cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

Art. 101. — Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugări. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată.

Art. 102. — (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3-5 zile în afecțiuni acute, de până la 8-10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cu diabet zaharat.

(2) Prescripția medicală este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia.

Art. 103. — Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală pentru un bolnav la o consultație poate fi de 1-3 produse. Pentru TBC și

diabet numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală la o consultație poate fi de maximum 4 produse. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și în litere.

Art. 104. — Medicii pot prescrie medicamente fără contribuția personală a asiguratului numai în limita unui plafon maxim pe prescripție medicală de 1.000.000 lei la valoarea totală a prescripției medicale, stabilită la prețul de vânzare cu amănuntul. Pentru medicamentele cu contribuție personală din partea asiguratului medicii pot prescrie medicamente în limita unui plafon maxim pe prescripție medicală de 1.000.000 lei la valoarea totală a prescripției medicale, stabilit la prețul de referință. Aceste plafoane pot fi modificate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România. Pentru cazuri bine justificate casele de asigurări de sănătate, printr-o comisie specială, organizată la nivelul acestora, pot aproba decontarea și a prescripțiilor medicale care depășesc aceste sume.

Art. 105. — Eliberarea medicamentelor se face numai de către farmacii, pe baza prescripției medicale.

Art. 106. — Eliberarea medicamentelor se face la orice farmacie cu care casele de asigurări de sănătate au încheiat contract de furnizare de servicii farmaceutice. Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe versoul prescripției medicale, pe care se menționează numele, prenumele, adresa completă, seria și numărul actului de identitate ale acestuia, precum și casa de asigurări de sănătate la care asiguratul virează contribuția pentru asigurări sociale de sănătate.

Art. 107. — Pentru medicamentele care se eliberează cu contribuție personală din partea asiguratului contribuția personală a asiguratului pentru medicamentele eliberate pe bază de prescripție medicală este de 30% din prețul de referință plus diferența dintre prețul de referință și prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului prescris.

Art. 108. — (1) Dacă prețurile de vânzare cu amănuntul ale medicamentelor eliberate sunt mai mari decât prețurile de referință, farmacia încasează contribuția suportată de asigurat în procentul corespunzător din prețul de referință, precum și diferențele dintre prețurile de vânzare cu amănuntul și prețurile de referință.

(2) Dacă prețurile de vânzare cu amănuntul ale medicamentelor eliberate sunt egale cu prețurile de referință, farmacia încasează contribuția suportată de asigurat în procentul corespunzător din prețul de vânzare cu amănuntul (prețul de referință).

Art. 109. — În situația în care primitorul renunță la o parte din medicamentele cuprinse în prescripția medicală, acestea nu se eliberează, ci se anulează, nefiind permisă compensarea prin medicamente a sumei pe care, potrivit reglementărilor legale, o suportă asiguratul.

Art. 110. — În cazul în care medicul indică numai denumirea substanței active, farmacistul are obligația de a elibera medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie.

Art. 111. — Înscricerea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

Art. 112. — Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul și suma aferentă procentului corespunzător din prețurile de referință ale medicamentelor, stabilite conform articolelor 107 și 108, le totalizează și menționează pe prescripția medicală atât suma totală, cât și suma aferentă ce urmează să fie decontată de casele de asigurări de sănătate.

Art. 113. — Medicamentele care nu au fost eliberate de farmacie se anulează cu o linie, în fața primitivului, pe toate exemplarele prescripției medicale.

Art. 114. — Prețul de referință pentru medicamentele care se eliberează cu contribuție personală din partea asiguraților este prețul minim al formei farmaceutice, pentru fiecare concentrație, din cadrul aceleiași denumiri comune internaționale. Pentru medicamentele care se eliberează fără contribuție personală din partea asiguraților nu se stabilește preț de referință.

Art. 115. — Prevederile articolelor 106–114 se aduc la cunoștință asiguraților, la loc vizibil în farmacie.

Art. 116. — Casele de asigurări de sănătate decontează sumele aferente medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală farmaciilor cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii farmaceutice.

Art. 117. — (1) Decontarea medicamentelor cu contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se face pe baza prețurilor de referință în vigoare la data achiziționării medicamentelor de către farmacie.

(2) Prețurile de referință ale medicamentelor cu contribuție personală de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și a Colegiului Medicilor din România.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează 70% din prețul de referință al medicamentului.

Art. 118. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează, în limita fondului aferent decontării medicamentelor, medicamentele fără contribuție personală prescrise:

a) pentru copii între 0–18 ani, gravide și leuze;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate, prevăzute în Ordinul ministrului de stat, ministru sănătății, și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 306/48/2000 pentru aprobarea Listei cuprinzând bolile pentru care asigurații beneficiază, în tratamentul ambulatoriu, de medicamente eliberate fără contribuție personală, decontate din Fondul de asigurări sociale de sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 209 din 12 mai 2000;

c) pentru categorii de asigurați care beneficiază de gratuitate în conformitate cu Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 170/1999 privind acordarea în mod gratuit a asistenței medicale, medicamentelor și protezelor pentru unele categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru prescripțiile pediatrică se decontează numai medicamentele de folosință pediatrică, prescrise conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice.

Art. 119. — Fondul aferent decontării medicamentelor cu sau fără contribuție personală reprezintă o cotă din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferentă cheltuielilor materiale și prestațiilor de servicii medicale.

Art. 120. — În cazul depășirii fondului aferent decontării medicamentelor cu sau fără contribuție personală casele de asigurări de sănătate analizează prescripțiile medicale ale medicilor care au avut sumele cele mai ridicate pentru rețetele prescrise. În cazurile nejustificate comisiile de control al calității serviciilor medicale, constituite conform articolului 83 din Legea nr. 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, propun măsuri de limitare a abuzurilor.

Art. 121. — (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator, pe case de asigurări de sănătate, în funcție de

casa de asigurări de sănătate către care se face virarea contribuției asiguratului (denumirea casei de asigurări de sănătate fiind înscrisă pe versoul prescripției). Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent, care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală.

(2) Borderourile se întocmesc în două exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate.

Art. 122. — În vederea decontării medicamentelor cu sau fără contribuție personală farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii farmaceutice următoarele acte în original: factură, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale.

Art. 123. — Suma totală va fi achitată în termen de cel mult 30 de zile de la data prezentării decontului, termen necesar pentru verificarea documentelor. În cazul unei întârzieri de peste 60 de zile farmaciile pot sista eliberarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală până la achitarea datoriilor de către casele de asigurări de sănătate.

Art. 124. — Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

Art. 125. — Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să analizeze lunar în consiliile de administrație modul de gestionare a fondurilor, luând măsurile care se impun.

Art. 126. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate poate emite precizări cu privire la decontarea și circuitul financiar al plăților între casele de asigurări de sănătate și farmacie.

Art. 127. — În cazul încălcării dispozițiilor legale se vor întocmi actele de constatare și de sesizare ale organelor competente, potrivit răspunderii juridice care rezultă din actul de constatare.

## CAPITOLUL IX

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

Art. 128. — Asigurații au dreptul la procurarea dispozitivelor medicale, cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripției medicale eliberate de medici de specialitate acreditați, în unități sanitare autorizate și/sau acreditate.

Art. 129. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România elaborează Lista cuprinzând dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, decontate integral sau cu contribuție personală din partea asiguratului, listă cuprinsă în anexa nr. 13 la prezentele norme.

Art. 130. — (1) 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.

(2) Cererea este însoțită de actul de identitate (certificatul de naștere pentru copii), actul care atestă calitatea de asigurat și prescripția medicală pentru dispozitivul medical.

Art. 131. — (1) Prescripția medicală, care se eliberează în două exemplare, din care un exemplar pentru casa de asigurări de sănătate și un exemplar pentru asigurat, tre-

buie să conțină recomandarea dispozitivului medical menționat în Lista cuprinzând dispozitivele medicale prevăzută în anexa nr. 13, caracteristicile specifice ale acestuia și să precizeze că deficiența organică, funcțională sau fizică nu a apărut în urma unei boli profesionale sau a unui accident de muncă.

(2) La prescripția medicală pentru dispozitivele medicale destinate corectării auzului se anexează audiograma eliberată de clinica de specialitate sau de serviciile specializate autorizate și/sau acreditate.

(3) În cazul primei protezări a membrului inferior (activitatea protetică până la prima proteză definitivă) prescripția medicală trebuie să specifice modul de protezare și să prevadă tipul protezei definitive.

(4) Casele de asigurări de sănătate nu acceptă prescripțiile medicale dacă tipul dispozitivului medical nu este specificat conform Listei cuprinzând dispozitivele medicale prevăzute în anexa nr. 13 și dacă prescripția medicală conține nominalizarea furnizorului de dispozitive medicale.

Art. 132. — (1) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii eliberează decizia privind aprobarea procurării dispozitivului medical, care nu trebuie să precizeze numele furnizorului dispozitivului medical. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris, cu indicarea temeiului legal.

(2) Decizia se eliberează în două exemplare, un exemplar pentru asigurat și un exemplar pentru casa de asigurări de sănătate, și se arhivează împreună cu cererea și actele doveditoare.

Art. 133. — Pentru procurarea dispozitivului medical beneficiarul, reprezentantul legal al acestuia sau orice persoană împuternicită în acest sens se adresează unuia dintre furnizorii incluși în Lista cuprinzând furnizorii acreditați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia casei de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

Art. 134. — (1) Prețul de referință pentru dispozitivele medicale menționate în Lista cuprinzând dispozitivele medicale prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme este prețul decontat de casele de asigurări de sănătate. Prețul de referință este stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin ordin al președintelui, pe baza criteriilor economice și caracteristicilor tehnice ale dispozitivelor medicale. Diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical și prețul de referință se suportă de beneficiar, drept contribuție personală și se achită direct furnizorului. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este sub prețul de referință, acesta este decontat integral de casele de asigurări de sănătate.

(2) Unele categorii de persoane prevăzute în legi speciale beneficiază de acordarea unor dispozitive medicale prezentate în anexa nr. 13 la prezentele norme, în condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 170/1999 privind acordarea în mod gratuit a asistenței medicale, medicamentelor și protezelor pentru unele categorii de persoane prevăzute în legi speciale [articolul 3 litera c) și articolul 4 litera d)], cu modificările și completările ulterioare.

Art. 135 — Lista cuprinzând dispozitivele medicale prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme cuprinde atât termenele de înlocuire a acestora, cât și mențiunea dacă dispozitivele medicale sunt reparabile. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul intră în posesia dispozitivului medical.

Art. 136. — (1) Certificatul de garanție predat de furnizor asiguratului trebuie să precizeze elementele de identificare a dispozitivului medical (numărul lotului sau, după caz, seria și data fabricației) și termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot reclama executarea necorespunzătoare, calitatea sau deteriorarea dispozitivului medical, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea cu altul corespunzător se va asigura și se va suporta de furnizor.

Art. 137. — (1) Repararea dispozitivului medical după expirarea termenului de garanție se asigură de furnizor și se aprobă pe baza cererii scrise întocmite de asigurat, de reprezentantul legal al acestuia sau de orice persoană împuternicită în acest sens. Cererea privind repararea dispozitivului medical se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în raza căreia își are domiciliul sau reședința persoana îndreptățită și este însoțită de actul de identitate (certificatul de naștere pentru copii), actul care atestă calitatea de asigurat (al unuia dintre părinți — pentru copii) și certificatul de garanție al dispozitivului medical.

(2) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii eliberează decizia privind aprobarea reparării dispozitivului medical. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris, cu indicarea temeiului.

(3) Pentru repararea dispozitivului medical asiguratul, reprezentantul legal al acestuia sau orice altă persoană împuternicită în acest sens se adresează, cu decizia privind aprobarea reparării, furnizorului de la care acesta a fost procurat și cu care casa de asigurări de sănătate are încheiat contract.

(4) În cadrul termenului de înlocuire a dispozitivului medical, casele de asigurări de sănătate decontează reparațiile, a căror valoare totală nu trebuie să depășească 50% din prețul de referință valabil în momentul aprobării primei cereri pentru repararea dispozitivului medical. Termenul de înlocuire a dispozitivului medical se prelungește corespunzător cu termenul de garanție al fiecărei reparații.

Art. 138. — Pentru copii și tineri până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă, dispozitivele medicale pot fi înlocuite sau reparate, conform specificațiilor din anexa nr. 13 la prezentele norme.

Art. 139. — 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 prestațiilor de servicii cu caracter medical.

Art. 140. — (1) Decontarea la furnizor a dispozitivelor medicale se face de casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul primirii de către asigurat a deciziei de aprobare a dispozitivului medical, 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.

(2) În cazul protezării O.R.L. și protezării pentru membrul superior și/sau inferior se va atașa un document prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată)/invalidată de medicul de specialitate care a

eliberat prescripția medicală. În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document confirmat de medicul care a eliberat prescripția în termen de 10 zile calendaristice de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurări de sănătate va valida (confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) Documentul de plată emis de furnizor este însoțit de confirmarea primirii dispozitivului medical, sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului și a actului de identitate sau a documentelor care confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu, și de copia certificatului de garanție.

(4) Decontarea cheltuielilor pentru dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice se face în limita fondului aprobat cu această destinație. Neîncadrarea în acest fond atrage după sine întocmirea unor liste de așteptare pentru asigurați de către casele de asigurări de sănătate. Soluționarea listelor de așteptare va ține seama atât de criteriile economice, cât și de urgența asigurării dispozitivului medical.

Art. 141. — Furnizorii dispozitivelor medicale au următoarele obligații:

a) să livreze dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei;

b) să nu livreze dispozitive medicale expirate sau care prezintă abateri de la performanțele funcționale și de securitate, generatoare de incidente;

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

d) să livreze numai dispozitive medicale cu elemente de identificare (numărul lotului sau, după caz, seria și data fabricației);

e) să livreze la termen dispozitivul medical comandat;

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, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

h) să livreze dispozitive medicale însoțite de certificate de garanție și instrucțiuni de folosire și întreținere;

i) să asigure service pentru dispozitivul medical livrat atât în perioada de garanție, cât și după expirarea acesteia.

Art. 142. — Beneficiarii dispozitivelor medicale au următoarele obligații:

a) să respecte instrucțiunile de folosire și întreținere ale dispozitivelor medicale;

b) să nu modifice caracteristicile funcționale ale dispozitivelor medicale;

c) să păstreze elementele de identificare a dispozitivelor medicale;

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

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

f) să nu înstrăineze dispozitivele medicale de care beneficiază, conform prezentelor norme;

g) în cazul protezării O.R.L. și protezării pentru membrul superior și/sau inferior, asiguratul se va prezenta la medicul de specialitate care a eliberat prescripția medicală, în vederea validării actului de protezare.

Art. 143. — (1) Acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale se face de către casele de asigurări de sănătate în a căror rază teritorială își au sediul social, pe bază de cerere pentru acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, prezentată în anexa nr. 14 la prezentele norme.

(2) Acreditarea este valabilă pe durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 144. — Condițiile necesare pentru acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale sunt:

a) avizul Ministerului Sănătății și Familiei ca furnizor de dispozitive medicale, care trebuie să specifice numele furnizorului, adresa sediului social și, după caz, adresa/adresele sediilor secundare (puncte de lucru), unde se produc și/sau se comercializează dispozitive medicale; avizul este însoțit de lista cuprinzând autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice;

b) extras de registru, eliberat de oficiul registrului comerțului;

c) dispozitivele medicale trebuie să fie autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei. Autorizațiile de utilizare trebuie să fie valabile pe durata acreditării.

Art. 145. — Casa de asigurări de sănătate analizează cererea de acreditare și în termen de maximum 15 zile de la înregistrarea acesteia eliberează certificatul de acreditare sau respinge cererea de acreditare a furnizorului printr-un proces-verbal în care vor fi consemnate cauzele concrete ale respingerii.

Art. 146. — (1) Casele de asigurări de sănătate emit certificatul de acreditare, pe baza documentelor obligatorii solicitate, în 3 exemplare: un exemplar pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, un exemplar pentru furnizor și un exemplar pentru emitent. Certificatul de acreditare a furnizorilor de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice este conform anexei nr. 15 la prezentele norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate trebuie să trimită la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru fiecare furnizor de dispozitive medicale, certificatul de acreditare în original, avizul de furnizor de dispozitive medicale emis de Ministerul Sănătății și Familiei, în copie, autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și Familiei, în copie, și extrasul de registru eliberat de oficiul registrului comerțului, în copie, în termen de 7 zile de la data emiterii certificatului de acreditare. Pe baza acestora Casa Națională de Asigurări de Sănătate actualizează trimestrial Lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară, aprobată prin ordin al președintelui.

Art. 147. — 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. Dacă apar modificări ale metodologiei privind furnizarea dispozitivelor medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, este obligatorie reînnoirea acreditării.



Art. 148. — Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu orice furnizor din Lista cuprinzând furnizorii acreditați, la solicitarea acestora, cu condiția respectării clauzelor contractuale.

Art. 149. — La sesizările caselor de asigurări de sănătate și ale asiguraților Casa Națională de Asigurări de Sănătate poate exclude un furnizor din Lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară, aprobată prin ordin al președintelui, și poate impune casei de asigurări de sănătate care a eliberat certificatul de acreditare anularea acestuia în următoarele situații:

- a) furnizorul livrează dispozitive medicale neautorizate de Ministerul Sănătății și Familiei;
- b) furnizorul livrează dispozitive medicale expirate sau care prezintă abateri de la performanțele funcționale și de securitate, generatoare de incidente;
- c) declarații false ale furnizorului.

Art. 150. — Casa de asigurări de sănătate care a eliberat certificatul de acreditare poate anula acreditarea și poate impune reluarea procedurii de acreditare în următoarele situații:

- a) schimbarea numelui furnizorului;
- b) schimbarea reprezentantului legal al furnizorului;
- c) schimbarea adresei sediului social;
- d) înființări/desființări de sedii secundare.

## CAPITOLUL X

### Îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 151. — Asigurații au dreptul la îngrijiri medicale la domiciliu care sunt acordate de către medicul de familie, la recomandarea sa sau a medicului de altă specialitate și prin intermediul personalului acreditat să desfășoare această activitate.

Art. 152. — În vederea încheierii contractelor de furnizare de servicii medicale la domiciliu trebuie îndeplinite următoarele condiții:

a) personalul care efectuează îngrijiri medicale la domiciliu se acreditează de către comisiile paritare județene formate din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai colegiului medicilor județean sau, după caz, al municipiului București;

b) organizațiile nonguvernamentale sau alte unități care au ca obiect de activitate acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu și care sunt autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei se acreditează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România.

Art. 153. — Criteriile de acreditare a personalului, precum și a unităților care efectuează aceste servicii medicale, lista cuprinzând serviciile medicale decontate de casele de asigurări de sănătate și modalitatea de contractare și decontare se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România, se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

## CAPITOLUL XI

### Serviciile medicale asigurate prin centrele de sănătate

Art. 154. — Centrele de sănătate cu personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății și Familiei, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate

pentru activitatea medicală desfășurată, în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale și decontarea serviciilor medicale se face conform metodologiei de finanțare a spitalelor, prevăzută la capitolul IV din prezentele norme, pentru serviciile medicale spitalicești, și conform metodologiei de finanțare a ambulatoriului de specialitate, prevăzută la capitolul III, pentru activitatea medicală de specialitate din ambulatoriul spitalului.

Art. 155. — Pentru centrele de sănătate fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății și Familiei, cu paturi de spital, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și pentru activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat ca secție a spitalului respectiv.

Art. 156. — Pentru centrele de sănătate fără personalitate juridică, fără paturi de spital, înființate de Ministerul Sănătății și Familiei, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și pentru activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat ambulatoriul de specialitate al spitalului.

Art. 157. — Centrele de sănătate care au fost organizate pe structura unui dispensar medical situate în zone izolate sau greu accesibile și care pot avea în structură paturi de staționar, devin centre de permanență. Medicul de familie din cabinetul medical organizat potrivit Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările următoare, care își desfășoară activitatea în acest centru de sănătate, încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate conform prezentelor norme.

## CAPITOLUL XII

### Dispoziții finale

Art. 158. — La alocarea sumelor colectate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate 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.

Art. 159. — Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să acorde asistență medicală tuturor asiguraților conform Legii nr. 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de casa la care se virează contribuția de asigurări de sănătate.

Art. 160. — Unitățile sanitare vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, la definitivarea și încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale cu acestea, detalierea sumelor contractate, potrivit clasificății economice a indicatorilor financiari. După acceptarea de către casele de asigurări de sănătate a structurii prezentate părțile vor conveni modul în care în execuție vor putea fi efectuate modificări față de structura convenită.

Art. 161. — Anexele nr. 1—15 fac parte integrantă din prezentele norme.

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

**I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., tel/fax ....., reprezentată prin 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 sanitare cu personalitate juridică ..... reprezentată prin: .....

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

**II. Obiectul contractului**

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

**III. Serviciile medicale furnizate**

Art. 2. — Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară, detaliate în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anul 2001, 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 de ..... asigurați înscrși pe lista proprie;

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

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

4. ....

.....

.....

**IV. Durata contractului**

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2001.

Art. 5. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

**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 cuvenite medicului/medicilor de familie pentru serviciile medicale furnizate asiguraților înscrși în lista/listele proprii, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate;

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

c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;

d) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, prevăzută în prezentul contract.

**B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale**

Art. 7. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților în caz de boală sau accident, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și unitatea sanitară, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală, și dreptul asiguraților 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 drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și 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 practica medicală și să se încadreze în limitele sumelor repartizate, respectând destinația acestora;

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

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

h) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscriși, ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și să comunice aceste modificări casei de asigurări de sănătate;

i) 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, precum și despre orice alte modificări survenite, legate de clauzele contractuale;

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 și păstrează minimum 5 ani o copie de pe fișa medicală a acestuia;

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 pacientul, dacă este cazul, la medicul specialist, să înregistreze în fișa acestuia informațiile furnizate de către medicul de specialitate și să respecte recomandările acestuia;

m) să furnizeze servicii medicale la cabinet sau la domiciliul pacientului, zilnic, în medie 35 de ore pe săptămână, de luni până vineri, în funcție de condițiile specifice din zonă;

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

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

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

q) 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, utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și respectând datele de raportare;

r) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii sale activități care face obiectul contractului;

s) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

t) pentru perioade de absență medicul de familie organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie acreditat;

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

v) să participe la acțiunile de profilaxie promovate de casa de asigurări de sănătate și să respecte normele de raportare a bolilor și de efectuare a vaccinărilor conform prevederilor legale în vigoare;

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

y) să acorde asistență medicală asiguraților înscriși pe lista proprie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la

care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate.

## 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;
3. venit echivalent cu un salariu pentru medicii nou-veniți într-o localitate.

1. Plata „per capita“ se face conform art. 9 alin. (2) din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001. Valoarea estimată a unui punct pentru plata „per capita“ este ....., unică pe țară și valabilă pentru anul 2001.

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)

.....

.....

.....

1.1. Numărul de puncte calculat conform art. 9 alin. (2) lit. a) din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 se ajustează astfel:

— pentru medicul de familie care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu .....%

— pentru medicul primar se majorează cu .....%

1.2. 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 socioeconomic 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

— centrul de permanență

adresa: .....

telefon: .....

numele și prenumele medicilor asociați:

.....

.....

2. Plata pe serviciu medical se face conform art. 9 alin. (3) din Normele metodologice de aplicare a

Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 9. — (1) Bugetul de practică medicală se stabilește conform art. 22 și 23 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

(2) Valoarea estimată a unui punct pentru bugetul de practică medicală este de ..... lei, unică pe țară, și este valabilă pentru anul 2001.

Art. 10. — Folosirea bugetului de practică medicală, decontarea, recalcularea lui se fac conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și reglementărilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 11. — (1) Virarea sumelor aferente plății „per capita”, plății pe serviciul medical și plății bugetului de practică medicală se face de către casa de asigurări de sănătate în contul deschis la trezoreria statului, până la data de ..... a lunii următoare față de luna pentru care se efectuează plata.

(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 serviciul medical și a punctului pentru bugetul de practică medicală.

(3) Decontarea sumelor pentru plata „per capita”, pe serviciu și a bugetului de practică medicală se face pe baza documentelor justificative impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

## VII. Calitatea serviciilor

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 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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 15. — Furnizorul de servicii medicale 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, împre-

jurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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 contractului

Art. 18. — Prezentul contract poate fi denunțat în mod unilateral de furnizorul de servicii medicale, cu condiția notificării intenției de denunțare cu cel puțin 45 de zile calendaristice anterioare 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) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare;
- e) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului;
- f) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- g) acordul de voință al părților.

Art. 20. — Contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

Art. 21. — Situațiile prevăzute la art. 19 lit. a)–f) și la 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, 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 din momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) 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 înainte 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. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 26. — Valorile definitive ale punctului „per capita”, pe serviciu și valoarea punctului pentru bugetul de practică medicală sunt cele calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.

Art. 27. — 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

Vizat  
Oficiul juridic

**XII. Soluționarea litigiilor**

Art. 28. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 29. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 28 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

**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.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,*

*ANEXA Nr. 1b)*

**C O N T R A C T****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

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 sanitare cu personalitate juridică ..... reprezentant legal: .....

— unitate sanitară ..... reprezentant legal: .....

cu autorizație de înființare nr. ...., certificat de înregistrare nr. ...., autorizație sanitară nr. ...., având sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon

....., cont nr. ...., deschis la trezoreria statului, cod fiscal nr. ....

**II. Obiectul contractului**

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

**III. Serviciile medicale de specialitate furnizate**

Art. 2. — Furnizorul prestează servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 4 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, în următoarele specialități:

a) .....

b) .....

c) .....

....

....

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 acreditate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. .... /.....

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

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

4.

.....  
.....

Art. 4. — Serviciile medicale din ambulatoriul de specialitate furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt detaliate în anexa nr. 4 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 5. — (1) Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza biletului de trimitere întocmit de către medicul de familie al asiguratului, medicul din cabinetele medicale școlare sau studentești — pentru elevi, respectiv studenți, cu excepția:

a) urgențelor;

b) tratamentului prespitalicesc, la recomandarea medicului de specialitate din spital prin scrisoare medicală;

c) tratamentului postcură, dacă acest lucru este menționat în biletul de externare;

d) tratamentului și supravegherii medicale active la nivel de medic de specialitate pentru afecțiunile stabilite în Normele metodologice de aplicare Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 — cap. III „Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu“.

(2) Serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu se acordă și pe baza biletului de trimitere de la un alt medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate.

#### IV. Durata contractului

Art. 6. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2001.

Art. 7. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

#### V. Obligațiile părților

##### A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 8. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să plătească drepturile bănești convenite furnizorilor de servicii medicale pentru serviciile medicale furnizate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate;

b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;

c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, prevăzută în prezentul contract.

##### B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 9. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților în caz de boală sau accident, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul și unitatea sanitară;

c) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și 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 condițiile de prescriere a medicamentelor 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, investigațiile, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau despre orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;

j) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

k) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) 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;

m) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical angajat;

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

o) 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;

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

q) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului;

r) să acorde asistență medicală asiguraților înscriși pe lista proprie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate.



**VI. Modalități de plată**

Art. 10. — Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu:

1. tarif pe serviciu cuantificat în puncte, exclusiv pentru investigații paraclinice;

2. tarif pe serviciu în lei pentru investigațiile paraclinice, cuprinse în anexa nr. 5 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Decontarea serviciilor medicale în ambulatoriul de specialitate se face conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, pe baza documentelor justificative elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

1. Decontarea acestor servicii se face lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata. 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 convenite trimestrului respectiv.

Pentru luna în curs casele de asigurări de sănătate pot acorda sume, cu încadrarea în suma aferentă lunii respective.

Valoarea estimată a unui punct, unică pe țară, este de ..... lei și este valabilă pentru anul 2001.

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

Medic:

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul medicului: .....

Acreditare nr.: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

Medic:

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul medicului: .....

Acreditare nr.: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

.....

.....

a) Numărul de puncte calculat conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 se majorează cu:

— medic primar .....%

b) Numărul de puncte calculat conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 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 cuprinse în anexa nr. 5 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata. Investigațiile paraclinice necesare în vederea stabilirii diagnosticului nu se decontează în cazul repetării din motive tehnice sau nemedicale (inclusiv la cererea pacientului).

Valoarea contractului pentru investigațiile paraclinice este de ..... lei.

Valoarea contractului menționată mai sus este egală cu Total col. 4 din tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice	Numărul de investigații paraclinice negociat	Tariful negociat pe investigație paraclinică	Valoarea
0	1	2	3	4 = 2 x 3
.				
.				
.				
TOTAL	X	X	X	

Art. 11. — Decontarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate se face pe bază de documente justificative, conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 12. — Plata serviciilor medicale în ambulatoriul de specialitate se face în: contul nr.: ..... deschis la trezoreria statului.

**VII. Calitatea serviciilor medicale**

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 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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării 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 rapoartări 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.

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 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

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

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

**Art. 21. —** Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;
- a survenit decesul titularului cabinetului medical.

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

Situațiile prevăzute la 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,**Director general adjunct economic,*

Vizat  
Oficiul juridic

**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 din momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) 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. —** În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

**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. — 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. Soluționarea litigiilor**

**Art. 29. —** (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

**Art. 30. —** Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 29 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

**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.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant 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 ....., tel/fax ....., reprezentată prin director general .....

și

Spitalul ....., cu sediul în ....., str. .... nr. ...., tel/fax ....., având codul fiscal ..... și contul nr. .... deschis la trezoreria statului, reprezentat prin .....

## II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească și a serviciilor medicale acordate în dispensarele medicale (fără medic), în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

N.B.: Serviciile medicale furnizate în cadrul ambulatoriului de specialitate al spitalului nu fac obiectul acestui contract. Pentru acest tip de activitate spitalul va încheia contract distinct cu casa de asigurări de sănătate, conform tipului de contract de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate.

## III. Serviciile medicale

## III.1. Servicii medicale spitalicești

Art. 2. — Serviciile medicale spitalicești furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în baza biletelor de trimitere întocmite de către medicul de familie sau medicul specialist din ambulatoriul de specialitate, care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, sunt prevăzute în anexa nr. 8 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și constau în:

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

## III.2. Servicii medicale furnizate în dispensarele medicale (fără medic)

## IV. Durata contractului

Art. 3. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2001.

Art. 4. — Durata prezentului contract se poate prelunge prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

## V. Obligațiile părților

## A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 5. — 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;
- c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale prevăzută în prezentul contract;

## B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 6. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații contractuale:

- a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților în limitele de calitate impuse de activitatea medicală și să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență;
- 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 scrisoare medicală, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;
- d) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- e) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;
- f) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate și să respecte destinația acestor fonduri;
- g) să asigure din fondurile contractate cheltuieli pentru combaterea infecțiilor nosocomiale;
- h) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților; pentru persoanele care aveau obligația să se asigure și care nu dovedesc calitatea de asigurat, inclusiv plata la zi a contribuției de asigurări sociale de sănătate, spitalul acordă asistență medicală de urgență și anunță casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract;
- 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 internați;

l) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate activitatea efectiv realizată, folosind în acest scop formularele elaborate de Casa Națională de Asigurări 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 impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

o) să prezinte casei de asigurări de sănătate situația privind numărul de personal — total și pe categorii, structura spitalului — pe secții, compartimente și alte servicii funcționale, evidența stocurilor, precum și alte informații legate de activitatea contractată, solicitate de aceasta;

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 care face obiectul contractului;

q) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

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

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

t) să acorde asistență medicală asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția la asigurările sociale de sănătate.

## VI. Modalități de plată

Art. 7. — (1) Bugetul global aferent serviciilor medicale spitalicești se stabilește pentru anul 2001, se repartizează trimestrial și se alocă în tranșe lunare, cuprinzând cheltuielile necesare în vederea finanțării serviciilor medicale contractate, conform cap. IV art. 35 alin. (3) din

a) Numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza în anul 2001, desfășurate pe tipuri de secții:

Secția	Numărul de internări contractat	Durata medie de spitalizare contractată	Numărul de zile de spitalizare
0	1	2	3 = 1 x 2

NOTĂ: Acest tabel se va întocmi pentru fiecare lună.

b) Costul pe zi de spitalizare pe fiecare secție, luat în calcul pentru determinarea sumelor aferente fiecărei secții, este cel stabilit conform cap. IV art. 58 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 9. — Suma prevăzută la art. 7 alin. (3) din prezentul contract se obține prin înmulțirea numărului de zile de spitalizare (col. 3 din tabelul de mai sus) cu costul pe zi de spitalizare corespunzător celui prevăzut la art. 8 lit. b) pe zi de spitalizare care se majorează sau se diminuează corespunzător prevederilor cap. IV art. 67 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

(2) La începutul fiecărei luni, pentru luna în curs, casa de asigurări de sănătate poate acorda sume furnizorului de servicii medicale, în condițiile legii.

(3) Suma stabilită pentru anul 2001 ..... lei

— Suma aferentă trimestrului I ..... lei

din care:

— luna I ..... lei

— luna II ..... lei

— luna III ..... lei

— Suma aferentă trimestrului II ..... lei

din care:

— luna IV ..... lei

— luna V ..... lei

— luna VI ..... lei

— Suma aferentă trimestrului III ..... lei

din care:

— luna VII ..... lei

— luna VIII ..... lei

— luna IX ..... lei

— Suma aferentă trimestrului IV ..... lei

din care:

— luna X ..... lei

— luna XI ..... lei

— luna XII ..... lei

Art. 8. — Sumele prevăzute la art. 7 alin. (3) se determină în funcție de următorii indicatori, folosind metodologia prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001:

Art. 10. — (1) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează sumele corespunzătoare indicatorilor realizați în luna respectivă, prin diferență față de sumele acordate anterior.

(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. — Suma aferentă pentru funcționarea cabinetelor medicale fără medic în anul 2001 este de ..... lei.

Art. 12. — Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr.: ..... deschis la trezoreria statului.

## VII. Calitatea serviciilor medicale

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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

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

Art. 17. — 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. 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.

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 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 20. — 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) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților.

Art. 21. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consi-

deră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) se mută unitatea medicală din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al spitalului.

Art. 22. — Situațiile prevăzute la art. 20 lit. a)–c) 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 la 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 la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile din momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) 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. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 27. — 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. 28. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii

Art. 29. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 28 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

**XIII. Alte clauze**

.....  
 .....  
 .....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,**Director general adjunct economic,*

Vizat  
 Oficiul juridic

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,**ANEXA Nr. 1d)***CONTRACT****de furnizare de servicii medicale stomatologice****I. Părțile contractante**

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

și

Cabinetul medical ....., organizat:

— cabinet individual ..... reprezentat prin medicul/dentistul 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 sanitare cu personalitate juridică ..... reprezentant legal: .....

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

**II. Obiectul contractului**

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală stomatologică, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

**III. Serviciile medicale stomatologice furnizate**

Art. 2. — Serviciile medicale stomatologice ce fac obiectul prezentului contract sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale stomatologice se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului:

1. .... din ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., sector/județ ....., tel/fax ....., cu

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

autorizația de funcționare nr. .... / ..... eliberată de ..... și acreditate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. .... / .....

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

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

4.

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

1. medic/dentist ....., acreditat de comisia de acreditare ..... prin ..... nr. ...., din .....,

codul medicului/dentistului: .....

2. medic/dentist ....., acreditat de comisia de acreditare ..... prin ..... nr. ...., din .....,

codul medicului/dentistului: .....

3. medic/dentist ....., acreditat de comisia de acreditare ..... prin ..... nr. ...., din .....,

codul medicului/dentistului: .....

**IV. Durata contractului**

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2001.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

**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/dentist, în vederea decontării serviciilor medicale stomatologice conform Listei cuprinzând serviciile stomatologice și tarifele acestora;



b) să deconteze furnizorului contravaloarea serviciilor medicale stomatologice acordate asiguraților, la termenele convenite, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate;

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

d) să verifice activitatea furnizorului de servicii medicale stomatologice conform prezentului contract.

#### B) **Obligațiile furnizorului de servicii medicale stomatologice**

Art. 8. — Furnizorul de servicii medicale stomatologice are următoarele obligații contractuale:

a) să acorde asiguraților îngrijirile medicale stomatologice contractate și să nu refuze acordarea asistenței medicale stomatologice asiguraților în caz de urgență;

b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul stomatolog/dentistul;

c) să informeze, dacă este cazul, medicul de familie al asiguratului despre diagnosticul stabilit, controalele și tratamentele 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 respecte condițiile de prescriere a medicamentelor necesare, conform reglementărilor în vigoare;

f) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;

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 afișeze la cabinet, într-un loc vizibil, programul de lucru la cabinetul medical și unde se poate adresa asiguratul în situații de urgență survenite în afara orelor de program — nume medic/dentist, adresă, număr de telefon;

j) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

k) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) 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;

m) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a colegiului medicilor privind modul de desfășurare a întregii sale activități care face obiectul contractului;

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

o) 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;

p) să informeze asigurații în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

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

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

s) să sprijine personalul medical angajat să participe la cursuri de perfecționare continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

t) să respecte criteriile medicale de calitate;

u) să acorde asistență medicală stomatologică asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate.

## VI. Modalități de plată

Art. 9. — (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face pe baza tarifelor acestora prevăzute în anexa nr. 11 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și în limita unui plafon trimestrial/medic/dentist, calculat conform cap. V art. 70 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale stomatologice.

(2) Urgențele stomatologice pot depăși sumele repartizate lunar/medic/dentist în cadrul unui trimestru cu maximum 10%.

Art. 10. — (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face lunar până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata. La finele fiecărui trimestru, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se face decontarea celei de a treia luni a trimestrului expirat, ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv.

Pentru luna în curs casa de asigurări de sănătate poate acorda sume în limita sumei aferente lunii respective.

(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 trezoreria statului.

## 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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării 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.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cea-laltă 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 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 anterioare 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) 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;
- g) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- h) acordul de voință al părților.

Art. 20. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se reziliază cu data la care intervine una dintre următoarele situații:

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

Art. 21. — Situațiile prevăzute la art. 19 lit. a)–g) și la art. 20 lit. b) se constată de 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 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

Vizat  
Oficiul juridic

### 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 din momentul în care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, fax) 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. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 26. — Modificările referitoare la plafonul trimestrial/medic/dentist ca urmare a recalculării sumelor cuvenite în asistența medicală stomatologică nu se negociază și intră în vigoare de la data comunicării lor către furnizorul de servicii medicale stomatologice.

Art. 27. — 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. 28. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 29. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 28 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

### 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.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,*

## C O N T R A C T

## de furnizare de servicii medicale de urgență prespitalicești

## I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., tel/fax ....., reprezentată prin director general ....., și  
Unitatea sanitară ....., cu sediul în ....., str. .... nr. ...., tel/fax ....., având codul fiscal și contul nr. ...., deschis la trezoreria statului, reprezentată 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 Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

## III. Servicii medicale de urgență prespitalicești și alte tipuri de transport medical 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 până la cea mai apropiată unitate sanitară competentă;
- c) transportul asiguratului în caz de urgență.

Art. 3. — Alte tipuri de transport medical conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 4. — Serviciile medicale în asistența medicală de urgență prespitalicească se asigură pe o durată zilnică de 24 de ore.

## IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2001.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

## V. Obligațiile părților

## A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

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

c) să verifice activitatea furnizorului de servicii medicale de urgență prespitalicești, prevăzută în prezentul contract.

## B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 8. — Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la data accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;
- b) să asigure prezența medicului din serviciul de ambulanță în orice situație de acordare a serviciilor medicale de urgență majoră;
- c) să folosească medicația, materialele sanitare și aparatura medicală din dotarea mijlocului de transport la locul accidentului sau al îmbolnăvirii ori în timpul transportului;
- d) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- e) să furnizeze tratamentul adecvat asiguraților;
- f) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- 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, prin intermediul asiguratului, medicul de familie al acestuia sau direct 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;
- j) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- k) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- l) să transmită lunar datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate privind furnizarea serviciilor medicale de urgență prespitalicești și starea de sănătate a persoanelor pe care le-a consultat ori tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formulele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- m) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru angajații săi;
- n) să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, conform prevederilor legale în vigoare;
- o) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendată sau anulată autorizația ori acreditarea;
- p) să informeze asigurații despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;
- q) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România, privind modul de desfășurare a întregii sale activități care face obiectul contractului;
- 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. 9. — 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. 10. — (1) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate acordă sumele corespunzătoare lunii respective.

(2) La începutul fiecărei luni casa de asigurări de sănătate poate acorda pentru luna în curs sume furnizorilor de servicii medicale de urgență prespitalicești, în condițiile legii.

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

Art. 11. — 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 ..... lei/minut din sumele negociate și contractate;

d) tipul mijlocului de transport și gradul de dotare al acestuia

Art. 12. — Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești se face în cont nr.: ..... deschis la trezoreria statului.

## VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 13. — Serviciile medicale de urgență prespitalicești 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 ale Colegiului Medicilor din România și Casei Naționale 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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

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

Art. 17. — 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. 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.

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 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 20. — 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) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților.

Art. 21. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

Art. 22. — Situațiile prevăzute la art. 20 lit. a)–c) și la 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 la 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 din momentul în care intervin modificări ale

adresei sediului (inclusiv telefon, fax) ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte 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. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților

Art. 27. — 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

Vizat

Oficiul juridic

#### XII. Soluționarea litigiilor

Art. 28. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 29. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 28 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

#### 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.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,*

*ANEXA Nr. 1)*

### C O N T R A C T

**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare  
(pentru unitățile sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimaterice)**

#### I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., tel/fax ....., reprezentată prin 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 sanitare cu personalitate juridică ..... reprezentant legal: .....

.....  
cu autorizație de înființare nr. ...., certificat de înregistrare 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 de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie în cabinete medicale de specialitate din stațiunile balneoclimatice, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

#### III. Serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie furnizate

Art. 2. — Furnizorul prestează următoarele tipuri de servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 12 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001:

a) .....

b) .....

c) .....

.....

.....

Art. 3. — Furnizarea serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie în cabinete medicale de specialitate din stațiunile balneoclimatice se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului, altele decât sediul social:

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

Medic:

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul medicului: .....

Acreditare nr.: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

.....

.....

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

Medic:

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul medicului: .....

Acreditare nr.: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

.....

.....

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

Medic:

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul medicului: .....

Acreditare nr.: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

.....

.....

4.

.....

.....

.....

Art. 4. — Serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza biletului de trimitere întocmit de medicii de specialitate sau de medicii de familie pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de profil, cu avizul acestora.

#### IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2001.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

#### V. Obligațiile părților

##### A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să plătească drepturile bănești cuvenite furnizorilor de servicii medicale pentru serviciile medicale furnizate asiguraților;

b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;

c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, prevăzută în prezentul contract.

##### B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 10. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, stabilite de medicul de specialitate de profil, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

b) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

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

d) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;

e) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;

f) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;

g) să informeze medicul de familie al asiguratului despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;

h) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

i) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) 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;

k) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical angajat;

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

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

n) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului.

## VI. Modalități de plată

Art. 11. — Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie acordate în cabinetele de specialitate din stațiunile balneoclimatice este tariful pe serviciu în lei, conform tarifelor cuprinse în anexa nr.12 la normele metodologice de

aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

Art. 12. — (1) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie este de ..... lei.

(2) Valoarea contractului prevăzută la alin. (1) = total col. 3 din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat	Tariful pe serviciu medical	Valoarea
0	1	2	3 = 1 x 2
Valoarea contractului	X	X	

Art. 13. — Decontarea serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie se face pe baza numărului serviciilor negociate și a tarifelor cuprinse în anexa nr. 12 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, și pe baza documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru luna în curs casa de asigurări de sănătate poate acorda sume în limita sumei aferente lunii respective.

Art. 14. — Plata serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie se face în contul nr. .... deschis la trezoreria statului.

împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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.

## VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 15. — 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 comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

## VIII. Răspunderea contractuală

Art. 16. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 17. — Neplata în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative a sumelor datorate prevăzute în contract atrage majorări de întârziere, egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

Art. 18. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 19. — 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. 20. — 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,

## IX. Încetarea contractului

Art. 21. — 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. 22. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

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

Art. 23. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;
- a survenit decesul titularului cabinetului medical.

Art. 24. — Situațiile prevăzute la art. 22 lit. a)–f) și la art. 23 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. 23 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. 25. — 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. 26. — 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. 27. — 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. 28. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezen-

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

*Vizat*  
Oficiul juridic

tului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 29. — 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. Soluționarea litigiilor

Art. 30. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 31. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 30 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

#### 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.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,*

*ANEXA Nr. 1g)*

### CONTRACT

#### de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare (pentru sanatorii și preventorii)

##### I. Părțile contractante

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

și  
Sanatoriul/Preventoriul ....., având sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon/fax: ..... cont nr. ...., deschis la trezoreria statului, cod fiscal nr. ...., reprezentat prin: .....

##### II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie în sanatorii/preventorii, în

cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

##### III. Serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie furnizate

Art. 2. — Serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de recuperare, medicină fizică și balneologie, pentru tipul de asistență medicală balneară, la recomandarea medicilor de specialitate.

#### IV. Durata contractului

Art. 3. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2001.

Art. 4. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

#### V. Obligațiile părților

##### A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 5. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să plătească drepturile bănești convenite furnizorilor de servicii medicale pentru serviciile medicale furnizate asiguraților;

b) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;

c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, prevăzută în prezentul contract.

##### B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 6. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, stabilite de medicul de specialitate de profil, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

b) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

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

d) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;

e) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;

f) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;

g) să informeze medicul de familie al asiguratului despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;

h) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

i) să participe la cursurile de formare profesională continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) 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 le-a tratat, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele impuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

k) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical angajat;

l) 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;

m) să sprijine personalul medical angajat în participarea la cursurile de perfecționare continuă organizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

n) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului.

#### VI. Modalități de plată

Art. 7. — Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii balneare se stabilește prin negociere în funcție de cheltuielile anului precedent, diminuate în funcție de contribuția personală a asiguraților.

Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare și preventorii, se stabilește prin negociere în funcție de cheltuielile anului precedent.

Art. 8. — Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie este de ..... lei.

Art. 9. — Decontarea serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie se face până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, pe baza documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru luna în curs casa de asigurări de sănătate poate acorda sume în limita sumei aferente lunii respective.

Art. 10. — Plata serviciilor medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie se face în contul nr. .... deschis la trezoreria statului.

#### VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. — 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 comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

#### VIII. 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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

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

Art. 15. — 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. 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.

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 contractului

Art. 17. — 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 18. — 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) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- g) acordul de voință al părților.

Art. 19. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

Art. 20. — Situațiile prevăzute la art. 18 lit. a)–f) 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 la 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 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

Vizat  
Oficiul juridic

### X. Corespondența

Art. 22. — 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. 23. — Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 24. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

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. Soluționarea litigiilor

Art. 26. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 27. — Hotărârile Comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 26 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

### 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.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant 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/orașul.....  
 str. .... nr. ...., județ/ secto-  
 rul ....., tel/fax ....., reprezentată  
 prin director general .....  
 și  
 Furnizorul de dispozitive medicale .....  
 prin reprezentantul legal ....., cu cer-  
 tificatul de înmatriculare nr. ...., autorizația sanitară  
 nr. ...., având sediul social în localitatea .....  
 str. .... nr. ...., tel. ...., fax .....  
 contul nr. .... deschis la .....  
 codul fiscal nr. ...., acreditat de casa de  
 asigurări de sănătate.....  
 cu certificatul de acreditare nr. .... /data .....

**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, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

**III. Dispozitive medicale furnizate**

Art. 2. — Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 13 la Normele metodologice de aplicare a Contractului — cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 și constau în:

- a) dispozitive pentru protezare ORL;
- 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 este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2001.

Art. 4. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

**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 și prezența în Lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) să verifice autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale;

c) să asigure decontarea pe baza documentelor de plată emise de furnizor, însoțite de confirmarea primirii dispozitivului medical, sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului și a actului de identitate sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu și copia de pe certificatul de garanție;

d) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale din Lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) să nu precizeze în decizia privind aprobarea procurării dispozitivului medical numele furnizorului dispozitivului medical.

**B) Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale**

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

a) să livreze numai dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sănătății, cuprinse în anexa nr. 13 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001;

b) să nu livreze dispozitive medicale expirate sau care prezintă abateri de la performanțele funcționale și de securitate, generatoare de incidente ;

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

d) să livreze numai dispozitive medicale cu elemente de identificare (numărul lotului sau, după caz, seria și data fabricației);

e) să livreze la termen dispozitivul medical comandat;

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, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

h) să livreze dispozitive medicale însoțite de certificate de garanție și instrucțiuni de folosire și întreținere;

i) să asigure și să suporte repararea sau înlocuirea dispozitivului medical pe timpul perioadei de garanție;

j) să asigure repararea dispozitivului medical pe timpul perioadei de postgaranție;

k) să acorde termen de garanție pentru fiecare reparație executată în perioada de postgaranție;

l) să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale prețurile de vânzare cu amănuntul și să informeze din timp orice modificare a acestora;

m) să respecte condițiile de depozitare și de garanție stabilite de producător pentru dispozitivele medicale;

n) 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;

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

p) să informeze casa de asigurări de sănătate despre orice modificări survenite, legate de clauzele contractuale;

q) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

r) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate privind furnizarea de dispozitive, fiind direct răspunzători de corectitudinea acestora.

## VI. Modalități de plată

Art. 7. — Prețul de referință pentru dispozitivele medicale din anexa nr. 13 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001 este prețul decontat de casa de asigurări de sănătate.

Prețul de referință este stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin ordin al președintelui, 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 casa de asigurări de sănătate.

Art. 10. — În cadrul termenului de înlocuire a dispozitivului medical casele de asigurări de sănătate decontează reparațiile a căror valoare totală nu trebuie să depășească 50% din prețul de referință valabil în momentul aprobării primei cereri pentru repararea dispozitivului medical.

Art. 11. — (1) Decontarea la furnizor a dispozitivelor medicale se face de către casele de asigurări de sănătate la nivelul prețului de referință valabil în momentul primirii de către asigurat a deciziei privind aprobarea dispozitivului medical, 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, a actului de identitate sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu și copia de pe certificatul de garanție.

(2) În cazul protezării ORL și protezării pentru membrul superior și/sau inferior se va depune la casa de asigurări de sănătate un document prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată)/invalidată de medicul de specialitate care a eliberat prescripția medicală. În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document, în termen de 10 zile calendaristice de la ridicarea dispozitivului casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) Decontarea cheltuielilor pentru dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice se face în limita fondului aprobat cu această destinație. Neîncadrarea în acest fond atrage după sine întocmirea de către casele de asigurări de sănătate a unor liste de așteptare pentru asigurați. Soluționarea listelor de așteptare va ține cont atât de criteriile economice, cât și de urgența asigurării dispozitivului medical.

Art. 12. — Plata dispozitivelor medicale se face în contul nr.: ..... deschis la trezoreria statului.

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 majorări de întârziere, egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării 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 ceaialtă 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.

## VIII. Încetarea contractului

Art. 19. — În cazul neîndeplinirii obligațiilor contractuale, părțile contractante pot cere rezilierea prezentului contract după un preaviz de 30 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) retragerea acreditării de către casa de asigurări de sănătate care a emis certificatul de acreditare;

f) expirarea termenului de valabilitate a certificatului de acreditare furnizorului;

g) anularea certificatului de acreditare;

h) excluderea furnizorului din Lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- i) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;  
j) acordul de voință al părților.

Art. 21. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) își schimbă adresa sediului social;  
b) a survenit decesul reprezentantului legal al furnizorului.

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

Situațiile prevăzute la 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 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 45 de zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,  
Director general adjunct economic,*

Vizat  
Oficiul juridic

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,*

Vizat

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

### CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE\*)

(anexă la contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr. ....)  
între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

#### I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr. ....  
(numele și prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical .....  
cu sediul în municipiul/orașul ..... str. ....  
nr. ...., bl. ...., sc. ...., etaj ...., ap. ...., județ/sector  
..... telefon/fax ....., cu contract de furnizare  
de servicii medicale în asistența medicală primară nr. ....

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

Art. 26. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 27. — Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putință spiritului contractului.

### XI. Soluționarea litigiilor

Art. 28. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 29. — Hotărârile Comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 28 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

### 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.

ANEXA Nr. 1)

\*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de 30 de zile calendaristice.

**II. Obiectul convenției**

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

**III. Motivele absenței\*)**

1. incapacitate temporară de muncă;
2. concediu de sarcină/lehuzie;
3. concediul pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani;
4. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile/an;
5. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum 2 luni/an.

**IV. Locul de desfășurare a activității**

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

*Reprezentantul legal al  
cabinetului medical,*

**V. Obligațiile medicului înlocuitor**

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

**VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor**

1. Venitul „per capita“, per serviciu și sumele aferente bugetului de practică medicală pentru perioada de absență se virează de Casa de asigurări de sănătate ..... în contul titularului contractului nr. ...., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor .... % din venitul „per capita“ și per serviciu.

2. Termenul de plată .....

3. Documentul de plată .....

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

*Medicul înlocuitor,*

\*) Pentru motivele de absență prevăzute la pct. 1, 2 și 3 medicul înlocuit se obligă ca la revenirea în activitate să anunțe în scris casa de asigurări de sănătate.

*ANEXA Nr. 1j)*

**CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE\*)**

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr. ....)  
**între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor**

**I. Părțile convenției de înlocuire:**

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

pentru

Cabinetul medical ..... cu sediul în municipiul/orașul: ..... str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., etaj ...., ap. ...., județ/sector ..... telefon/fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. ...., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ...., deschis la trezoreria statului, al cărui reprezentant legal este:

.....  
(numele și prenumele)

Medicul înlocuit: .....

.....  
(numele și prenumele)

și

Dr. ...., cu licență de  
(numele și prenumele)

înlocuire ca medic de familie nr. ...., acreditare nr. ....

**II. Obiectul convenției**

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

**III. Motivele absenței\*\*)**

1. incapacitate temporară de muncă;
2. concediu de sarcină/lehuzie;
3. concediul pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani;
4. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile/an;
5. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum 2 luni/an.

**IV. Locul de desfășurare a activității**

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

**V. Obligațiile medicului înlocuitor**

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

\*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de 30 de zile calendaristice.

\*\*\*) Pentru motivele de absență prevăzute la pct. 1, 2 și 3 medicul înlocuit se obligă ca la revenirea în activitate să anunțe în scris casa de asigurări de sănătate.



**VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor**

1. Sumele aferente bugetului de practică medicală pentru perioada de absență se virează de Casa de asigurări de sănătate ..... în contul titularului contractului nr. ....

2. Veniturile „per capita“ și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de

sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ...., deschis la .....

3. Termenul de plată .....

4. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată azi ....., în 2 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. .... al medicului înlocuit și un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

*Medicul înlocuitor,*

ANEXA Nr.1 k)

**C O N T R A C T****de furnizare de servicii farmaceutice****I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate....., cu sediul in municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., tel/fax ....., reprezentată prin director general .....,

și

Furnizorul de servicii farmaceutice ....., având sediul in municipiul/orașul....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ....., înregistrată la registrul comerțului ..... cu nr. J.../....., și având contul nr. ...., deschis la ....., și codul fiscal nr. ...., reprezentat prin ....., cu autorizație nr. ....

**II. Obiectul contractului**

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii farmaceutice conform Ordinului ministrului de stat, ministrul sănătății, și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 307/49 din 19 aprilie 2000 pentru aprobarea listelor cuprinzând denumirile comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman, de care beneficiază asigurații, pe bază de prescripție medicală, în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, și a modului de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, suportate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate, publicat in Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 209 din 12 mai 2000, și Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001.

**III. Serviciile farmaceutice**

Art. 2. — Prezentul contract se aplică numai pentru eliberarea medicamentelor, cu sau fără contribuție personală conform Ordinului ministrului de stat, ministrul sănătății, și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

nr. 307/49 din 19 aprilie 2000 pentru aprobarea listelor cuprinzând denumirile comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman, de care beneficiază asigurații, pe bază de prescripție medicală, în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, și a modului de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, suportate din Fondul de asigurări sociale de sănătate, publicat in Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 209 din 12 mai 2000.

Art. 3. — Furnizarea medicamentelor se va desfășura prin intermediul următoarelor 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 acreditarea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...., farmacist .....

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

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

**IV. Durata contractului**

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2001.

Art. 5. — Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților in situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

## 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, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurări sociale de sănătate;
- b) să notifice furnizorului orice modificare a prețului de referință;
- c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii farmaceutice;
- d) să verifice activitatea furnizorului de servicii farmaceutice prevăzută în prezentul contract.

### 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 cuprinzând 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 asigurări de sănătate documentele necesare decontării medicamentelor eliberate (factura, borderoul centralizator și prescripțiile medicale);
- f) să pună la dispoziție, la cererea medicilor, lista cu prețurile de vânzare cu amănuntul a medicamentelor existente în farmacie și să reactualizeze această listă periodic;
- g) să angajeze numai personal farmaceutic care posedă autorizație de liberă practică;
- h) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile care decurg din calitatea de asigurat;
- i) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;
- j) să participe la sistemul organizat pentru asigurarea serviciilor farmaceutice în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale;
- k) să elibereze medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie, dacă medicul indică numai denumirea substanței active;
- l) să aducă la cunoștință asiguraților, la loc vizibil în farmacie, condițiile de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală;
- m) să elibereze prescripții medicale pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția pentru asigurări sociale de sănătate;
- n) să aibă permanent în stoc curent la dispoziția persoanelor asigurate medicamente la nivelul prețului de referință stabilit prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

## 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. — Valoarea contractului este de ..... lei.

Art. 11. — 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 datoriilor de către casa de asigurări de sănătate, după care farmacia poate continua eliberarea în baza contractului inițial încheiat.

Art. 12. — Plata se face în:

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

## VII. 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 majorări de întârziere egale cu majorările aferente pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

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

Art. 16. — 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. 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.

## VIII. Încetarea contractului

Art. 18. — În cazul neîndeplinirii obligațiilor contractuale părțile contractante pot cere rezilierea prezentului contract după un preaviz de 45 de zile.

Art. 19. — 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) anularea acreditării furnizorului de către casa de asigurări de sănătate;
- e) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- f) acordul de voință al părților ;

Art. 20. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

Art. 21. — Situațiile prevăzute la art. 19 lit. a)–e) 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, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

### IX. Corespondența

Art. 23. — 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,*

*Director general adjunct economic,*

Vizat  
Oficiul juridic

### X. Modificarea contractului

Art. 24. — Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise 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. 25. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

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 putință spiritului contractului.

### XI. Soluționarea litigiilor

Art. 27. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maxim 60 de zile de la data înregistrării cererii.

Art. 28. — Hotărârile Comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 27 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

### 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.

FURNIZOR DE SERVICII FARMACEUTICE

*Reprezentant legal,*

*ANEXA Nr. 1/)*

## CONTRACT

### de furnizare a unor 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: .....,  
 cu autorizație de înființare nr. ...., certificat de  
 înregistrare nr. ...., autorizație sani-  
 tară nr. ...., având sediul în municipiul/orașul .....,  
 str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ....,  
 ap. ...., județul/sectorul ....., telefon .....,  
 cont nr. ...., deschis la trezoreria statului,  
 cod fiscal nr. ....

## II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie pre-  
 scrierea medicamentelor cu contribuție personală din partea  
 asiguratului, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului  
 sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de  
 Sănătate pentru aprobarea listelor cuprinzând denumirile  
 comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor din  
 Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz  
 uman, de care beneficiază asigurații, pe bază de  
 prescripție medicală, în tratamentul ambulatoriu, cu sau  
 fără contribuție personală, și a modului de prescriere, eli-  
 berare și decontare a medicamentelor de care beneficiază  
 asigurații, cu sau fără contribuție personală, suportate din  
 Fondul de asigurări sociale de sănătate, și Normelor meto-  
 dologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile  
 acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor  
 sociale de sănătate pentru anul 2001, precum și eliberarea  
 de bilete de trimitere (bilete de internare) către furnizorii de  
 servicii medicale spitalicești.

## III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. — Furnizorul prestează servicii medicale asi-  
 guraților în următoarele specialități, conform anexei nr. 4 la  
 Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pri-  
 vind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul siste-  
 mului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001:

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- .....
- .....

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

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

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...../.....;

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

4.

Art. 4. — Furnizarea serviciilor medicale se realizează  
 de către:

(Se completează pentru fiecare cabinet medical și pen-  
 tru fiecare medic de specialitate din componența cabinetului  
 medical cu care s-a încheiat contractul.)

Medic:

Nume:.....Prenume:.....  
 .....

Grad profesional:.....

Specialitatea:.....

Codul medicului:.....

Acreditare nr.:.....

Program zilnic de activitate .....ore/zi

Medic:

Nume:.....Prenume:.....  
 .....

Grad profesional:.....

Specialitatea:.....

Codul medicului:.....

Acreditare nr.:.....

Program zilnic de activitate.....ore/zi

.....  
 .....

## IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data  
 încheierii până la 31 decembrie 2001.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi  
 prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplica-  
 bilitate a Contractului-cadru pe anul 2001.

## V. Obligațiile părților

### A) Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 7. — Casa de asigurări de sănătate are următo-  
 rele obligații:

a) să accepte decontarea prescripțiilor medicale elibe-  
 rate de furnizorul de servicii medicale de specialitate din  
 ambulatoriu numai pentru medicamentele cu contribuție per-  
 sonală din partea asiguratului, în condițiile prezentului con-  
 tract;

b) să accepte decontarea serviciilor medicale spitalicești pentru asigurații care beneficiază de acestea ca urmare a biletelor de internare eliberate de furnizorul de servicii medicale de specialitate din ambulator, în condițiile prezentului contract;

c) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale, precum și acreditarea personalului medical angajat;

d) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, prevăzută în prezentul contract.

#### **B) Obligațiile furnizorului de servicii medicale**

Art. 8. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, în caz de boală sau de accident, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

b) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege medicul și unitatea sanitară;

c) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

d) să afișeze la sediul cabinetului obiectul prezentului contract și faptul că asigurații suportă integral contravaloarea serviciilor medicale oferite;

e) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare, și să prescrie numai medicamente cu contribuție personală din partea asiguratului, cu respectarea prevederilor Ordinului nr.307/49 din 19 aprilie 2000 pentru aprobarea listelor cuprinzând denumirile comune internaționale (D.C.I.) ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman, de care beneficiază asigurații, pe bază de prescripție medicală, în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, și a modului de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, suportate din Fondul de asigurări sociale de sănătate, și Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001;

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, investigațiile, tratamentele efectuate, precum și despre rezultatele investigațiilor efectuate sau orice alte aspecte care țin de sănătatea asiguratului;

j) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

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 le-a 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 personalul medical angajat;

m) 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;

n) să accepte controlul din partea casei de asigurări de sănătate și a Colegiului Medicilor din România privind modul de desfășurare a întregii activități care face obiectul contractului.

#### **VI. Calitatea serviciilor medicale**

Art. 9. — Serviciile medicale furnizate 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.

#### **VII. Răspunderea contractuală**

Art. 10. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 11. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 12. — 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. 13. — 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.

### VIII. Încetarea contractului

Art. 14. — 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. 15. — 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) încetarea activității casei de asigurări de sănătate;
- g) acordul de voință al părților.

Art. 16. — Casa de asigurări de sănătate nu aprobă continuarea raporturilor contractuale și contractul se consideră desființat cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

Art. 17. — Situațiile prevăzute la art. 15 lit. a)–f) și la art. 16 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. 16 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. 18. — 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. 19. — Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

*Director general,  
Director general adjunct economic*

Vizat

Oficiul juridic

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

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

Art. 21. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 22. — 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.

### XI. Soluționarea litigiilor

Art. 23. — (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei teritoriale de arbitraj, care va soluționa cauza în termen de maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii

Art. 24. — Hotărârile Comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 23 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

### XII. Alte clauze

.....  
 .....  
 .....  
 Prezentul contract a fost încheiat azi.....,  
 în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

*Reprezentant legal,*

**C A T E G O R I I**  
**de cheltuieli pentru bugetul de practică medicală**

**STRUCTURA CHELTUIELILOR DIN BUGETUL DE PRACTICĂ**

	CHELTUIELI TOTALE: 01
01	CHELTUIELI CURENTE: (02 + 20)
02	CHELTUIELI DE PERSONAL: (art. 10, 11, 12, 13, 14)
20	CHELTUIELI MATERIALE ȘI SERVICII: (art. 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30)
02	CHELTUIELI DE PERSONAL
10	Cheltuieli cu salariile
11	Contribuții pentru asigurări sociale de stat
12	Cheltuieli pentru constituirea Fondului pentru plata ajutorului de șomaj
13	Deplasări, detașări, transferări
13 01	Deplasări, detașări, transferări în țară
14	Contribuții pentru constituirea Fondului de asigurări sociale de sănătate
20	CHELTUIELI MATERIALE ȘI SERVICII
23	Medicamente și materiale sanitare
24	Cheltuieli pentru întreținere și gospodărie
25	Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional
26	Obiecte de inventar de mică valoare sau scurtă durată și echipament
27	Reparații curente
28	Reparații capitale
29	Cărți și publicații
30	Alte cheltuieli
70	CHELTUIELI DE CAPITAL

**CONȚINUTUL CHELTUIELILOR DIN BUGETUL DE PRACTICĂ MEDICALĂ**

CHELTUIELI TOTALE  
CHELTUIELI CURENTE

**1. Cheltuieli de personal**

**A. Cheltuieli cu salariile:**

— salariile de bază pentru personalul de execuție încadrat cu normă întreagă sau 1/2 normă, stabilite conform art. 11 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare;

— sporuri cu caracter permanent prevăzute de legislația în vigoare;

— salariile persoanelor încadrate temporar pe posturile personalului aflat în concediu medical pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani, conform Legii nr. 120/1997;

— plata orelor suplimentare și a premiilor;

— drepturile cuvenite persoanelor care prestează servicii în baza unei convenții civile;

**B. Deplasări:**

— cheltuieli ocazionate de deplasările personalului angajat, legate de activitatea medicală desfășurată conform contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

**C. Cheltuieli privind contribuția pentru asigurări sociale, contribuția de 5% pentru fond de șomaj, contribuția de 3% pentru fond de solidaritate socială pentru persoanele cu handicap, contribuția de 7% pentru asigurări de sănătate, comision de 0,75% Direcția de muncă și protecție socială pentru păstrarea și completarea carnetului de muncă.**

**2. Cheltuieli materiale și servicii**

**A. Medicamente și materiale sanitare:**

— costul medicamentelor acordate gratuit în tratamentul de urgență;

— cheltuieli pentru procurarea serurilor și vaccinurilor pentru tratament de urgență;

— soluții perfuzabile și alte preparate medicamentoase utilizate pentru tratamentul urgențelor medico-chirurgicale;

— materiale sanitare, consumabile, truse sanitare și materiale de pansat, vată, tifon, alcool sanitar, seringi de unică folosință, ace pentru seringi, leucoplast, pansamente sterile, punji pentru recoltare sânge, perfuzoare etc.

**B. Cheltuieli pentru întreținere și gospodărie:**

— combustibil pentru încălzit, inclusiv costul buteliilor tip aragaz;

— plata facturilor în cazul unităților conectate la rețelele de termoficare;

— costul curentului electric, inclusiv costul becurilor și tuburilor fluorescente;

— contravaloarea consumului de apă și taxele pentru canal, salubritate;

— plata serviciilor de poștă, factură la telefonul fix pentru convorbiri interne cel mult până la echivalentul a 100 de minute telefon mobil sau 100 de minute pentru telefon mobil plus abonament, în situația în care nu există telefon fix, fax;

— plata chiriei;



**C. Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional:****a) Servicii cu caracter funcțional:**

- prestări servicii efectuate prin alte unități pentru imprimarie, legătorie, multiplicare;
- prestări servicii pentru întreținerea aparaturii medicale și de laborator, inclusiv a aparaturii de birotică;
- cheltuieli de transport privind materialele, combustibilul, medicamentele și obiectele de inventar cumpărate;
- cheltuieli de transport pentru deplasările la domiciliul asiguratului pentru efectuarea unor servicii medicale, altele decât cele cuantificate prin norme decontate prin plata pe serviciu, în limită de 30 l pe lună.

**b) Alte materiale:**

- materiale pentru curățenie specifice sectorului sanitar;
- materiale igienico-sanitare pentru personal;
- materiale pentru deratizare și dezinsecție — dezinsecție;
- materiale pentru prevenirea incendiilor (extinctoare);
- furnituri de birou;
- hârtie pentru imprimantă și dischete utilizate la calculatoare;
- formulare și imprimare utilizate în activitatea medico-sanitară, financiar-contabilă și administrativă.

**D. Obiecte de inventar:**

- lenjerie și accesorii de pat;
- echipament sanitar pentru personal: halate, bonete, tricouri, măști de tifon, mănuși;
- obiecte de inventar cu caracter funcțional medico-sanitar sau de uz administrativ gospodăresc în limita valorică de 5 milioane lei sau cu durata de serviciu normată de până la un an (temeiul legal: art. 1 din Hotărârea

Guvernului nr. 1.035/1999 privind stabilirea valorii de intrare a mijloacelor fixe).

**E. Reparații curente:**

— costul manoperei și materialelor procurate pentru lucrări de întreținere și reparații curente la clădiri (zugrăveli, vopsirea tâmplăriei, reparații acoperiș, pardoseli) mobilier, aparate și instalații.

**F. Reparații capitale:**

— costul manoperei și materialelor procurate pentru reparații capitale la aparate și instalații.

**G. Cărți și publicații:**

— costul abonamentelor la Monitorul Oficial al României.

**H. Alte cheltuieli:**

— cheltuieli pentru educație medicală continuă, cu avizul casei de asigurări de sănătate și al colegiului medicilor județean sau al municipiului București, fără a afecta celelalte categorii de cheltuieli cuprinse în bugetul de practică medicală cu repercusiuni asupra actului medical.

**3. Cheltuieli de capital**

— investiții cu valoare mai mare de 5 milioane lei și cu durata de serviciu normată de peste 1 an (temeiul legal: art.1 din Hotărârea Guvernului nr.1.035/1999 privind stabilirea valorii de intrare a mijloacelor fixe) în conformitate cu normativele stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății, în limita amortizării calculate în condițiile legii pentru înlocuirea activelor corporale proprietatea cabinetului medical.

*ANEXA Nr. 3*

**LISTA**

**cuprinzând investigațiile paraclinice recomandate 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. Fibrinogemie
4. Uree serică
5. Creatinină serică
6. Acid uric seric
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 seric total
14. Lipide totale serice
15. Trigliceride serice
16. Timp de sângerare
17. Timp Quick, activitate de protrombină sau INR
18. Ionogramă (Na, K)

19. Calcemie serică (totală, ionică)

20. Testare HIV

21. Sideremie

22. Proteina C reactivă

23. Electroforeza proteinelor serice

24. Amilazemie

25. ASLO

26. Grup sanguin ABO și Rh

27. Anticorpi specifici antiRh

28. Proteine totale

Analize de urină:

1. Sumar de urină

2. Dozare glucoză

3. Urocultură (inclusiv cu antibiogramă)

4. Dozare proteine urinare

IDR la PPD

Coprocultură

Examen coproparazitologic

Amprentă anală

Examen microscopic în parazitologie

Probe paraclinice:

1. Electrocardiogramă

2. Ecografie generală (abdomen + pelvis)

3. Examen radiologic toracopulmonar (radioscopie, MRF sau radiografie față +/- profil)

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

5. Examen radiologic craniu în mai multe incidente, inclusiv sinusuri ale feței

6. Frotiu PAP

7. Examen radiologic coloană vertebrală pe segmente

8. Probe respiratorii (CV, VEMS)

9. Exsudat faringian

10. Examen radiologic membre

11. Babeș-Papanicolau

#### 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. Fibrinogemie

5. Proteina C reactivă

6. Uree serică

7. Creatinină serică

8. Acid uric seric

9. Transaminaze (TGO, TGP)

10. Bilirubină (totală, directă și indirectă)

11. Fosfatază alcalină

12. Timol sau alt test disproteinemie

13. Electroforeza proteinelor serice

14. Imunogramă (IgA, IgM, IgG, IgE)

15. Imunofixarea

16. Glicemie

17. Amilazemie

18. Crioglobuline

19. Concentrat leucocitar

20. Colesterol seric total

21. Lipide serice totale

22. Trigliceride serice

23. LDL

24. LDH

25. Timp Quick, activitate de protrombină sau INR

26. APTT

27. Factor antinuclear

28. Factor reumatoid

29. Ionogramă (Na, K)

30. Calcemie serică (totală, ionică)

31. Magneziemie

32. Hormoni tiroidieni T3, T4, TSH

33. Gamma GT

34. Complement seric

35. Explorarea echilibrului acido-bazic

36. Reacție de serologie a sifilisului

37. Testare HIV

38. Cariotip

39. Test Barr

40. ASLO

41. Grup sanguin ABO, Rh

42. Rh, anticorpi specifici

43. Celule lupice

44. Test Coombs

45. HDL colesterol

46. Testul GUTTHRIE

47. Hemoglobină glicozilată

48. Depistare anticorpi antiparazitari

49. Depistare imunologică a antigenelor parazitare

Analize de urină:

1. Sumar de urină

2. Proba Addiss

3. Dozare proteine urinare

4. Dozare glucoză

5. Amilazurie

6. Urocultură (inclusiv antibiogramă)

Test sudoare

1. Iontoforeză pilocarpinică

Investigații microbiologice, parazitologice, virusologice:

1. Examene microscopice pe frotiu

2. Examene pe culturi bacteriene

3. Antibiogramă

4. Hemoculturi

5. Examen macroscopic al fragmentelor parazitare

6. Coproantigene (în parazitologie)

7. Frotiu și colorații speciale materii fecale (în parazitologie)

8. Amprentă anală (în parazitologie)

Coprocultură

Examen coproparazitologic

IDR la PPD

Probe paraclinice: conform anexei nr. 4 și procedurilor de histopatologie și radiologie prevăzute în anexa nr. 5 la prezentele norme.

*ANEXA Nr. 4*

#### LISTA

##### serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate și tarifele exprimate în puncte

Reglementările prezentei anexe nu fac referire la specialitățile paraclinice, stomatologice și farmaceutice.

1. Consultația medicală

Consultația de specialitate 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:

Consultație inițială = 15 puncte. Se consideră „consultație inițială” prima prezentare a unui pacient în

ambulatoriul de specialitate, la un anumit medic, inclusiv preluarea unui pacient externat din spital.

Consultație de control = 10 puncte. Se consideră „consultație de 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

fielilor și manevrele chirurgicale impuse de anumite complicații minore).

Consultațiile la psihiatrie, psihiatrie pediatrică, precum și toate consultațiile copilului în vârstă de 0—5 ani, indiferent de specialitatea unde se efectuează, vor fi punctate astfel:

Consultație inițială = 20 de puncte

Consultație de control = 15 puncte

## 2. Servicii medicale și tratamente

1. Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni	15
2. Teste de provocare nazală, oculară, bronșică	15
3. Determinarea concentrației acarienilor în mediu	15
4. Determinarea concentrației polenurilor și mucegaiurilor din mediu	20
5. Teste cutanate cu agenți fizici	5/test
6. Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate	3/ședință
7. Imunoterapie nespecifică	3
8. EKG	5
9. EKG de efort	45
10. EKG de stres farmacologic	50
11. Ecocardiografie M + 2D	40
12. ECO + Doppler	45
13. ECO + Doppler color	60
14. ECO transesofagian	100
15. ECO de efort/stres farmacologic	100
16. ECO vase periferice — vene	35
17. — artere	45
18. EKG continuu (24 de ore, Holter)	50
19. Holter TA	30
20. Potențiale tardive	30
21. Puncția pericardică	20
22. Puncție venă subclaviculară/venă jugulară internă	50
23. Puncție pleurală	10
24. Oscilometrie	5
25. Pletismografie	10
26. Test masă înclinată	20
27. Test de mers — 6 minute	5
28. Implantare pacemaker definitiv	200
29. Puncție pericardică cu/fără drenaj	20
30. Puncție-biopsie pericardică	35
31. Suture vasculară	15

## Terapia chirurgicală a:

32. Panarițului eritematos	10
33. Panarițului flictenular	10
34. Panarițului periunghial și subunghial	12
35. Panarițului antracoid	12
36. Panarițului pulpar	12
37. Panarițului osos, articular, tenosinival	15
38. Flegmoanelor superficiale ale mâinii	12
39. Flegmoanelor lojei tenare, hipotenare, comisurale, tenosinovitelor	15
40. Abcesului de părți moi	15
41. Abcesului pilonidal	15
42. Furunculului	15
43. Furunculului antracoid, furunculozei	15
44. Hidrosadenitei	12
45. Adenitei acute	12
46. Celulitei	15
47. Seromului posttraumatic	12
48. Arsurilor termice < 10%	20
49. Leziunilor externe prin agenți chimici	20
50. Hematomului	10
51. Edemului dur posttraumatic	12
52. Plăgilor tăiate superficiale	10

Diferitele servicii (diagnostice sau terapeutice) listate mai jos vor fi punctate separat, după cum urmează.

Acestea vor putea fi efectuate de către orice medic de specialitate care are pregătirea necesară și pe care le consideră indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice, indiferent de specialitate. Aceste servicii se pot efectua atât la o consultație inițială, cât și la o consultație de control, cu respectarea normelor metodologice.

53. Degerăturilor (gr. I și gr. II)	12
54. Flebopatiilor varicoase superficiale, ruptură pachet varicos	20
55. Varicelor hidrostatice (cronice, complicate)	20
56. Adenoflegmonului	20
57. Plăgilor înțepate superficial	10
58. Afecțiunilor neinflamatorii ale părților moi (lipoame, chisturi sebacee, tumorete)	10
59. Supurațiilor postoperatorii	12
60. Afecțiunilor mamare superficiale	12
61. Supurațiilor mamare profunde	15
62. Abcesului perianal	15
63. Tratamentul și îngrijirea piciorului diabetic	12
64. Amputație degete la mână, fiecare deget	12
65. Amputație de police la nivelul metacarpului	12
66. Decalotarea, debridarea fimozei	15
67. Extirpare polip rectal procident	20
68. Granulom ombilical	10
Terapia chirurgicală a:	
69. Tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor	10
70. Tumorilor scalpului, simple	10
71. Plăgii tăiate (contuze) simple a feței	10
72. Tumorilor feței, simple, însoțite de plastie	20
73. Microstomie	30
74. Plăgilor tăiate, contuze ale buzelor	10
75. Tumorilor simple ale buzei	15
76. Plastii ale buzelor cu lambouri locale triunghiulare	30
77. Tratamentul chirurgical al retracției cicatriceale a comisurii gurii, transplant de piele	30
78. Aponevrectomie palmară pentru maladia Dupuytren simplă	50
79. Rezecție modelantă pentru microdactilie	20
80. Plastie cu lambou triunghiular în sechele cicatriceale față palmară degete, un deget	30
81. Tenorafie tendoane, flexoare degete, mână sau antebraț, fiecare tendon	20
82. Amputație traumatică cu lipsă de părți moi la nivelul unui deget, plastie Grossfinger timp I + II	50
83. Cură chirurgicală a sindromului canalului carpian	30
84. Reconstrucție de pavilion cu lambou Filatov	30
85. Ablazia limitată a unor tumori benigne ale mamelei	30
86. Malformație congenitală a pavilionului urechii, simplă	30
87. Xantelasma unilaterală, bilaterală	12
88. Operație pentru ptoza palpebrală	50
89. Excizia leziunii cutanate	10
90. Avulsia lamei unghiale	12
91. Acoperirea defectelor primare	20
92. Chiuretajul leziunilor cutanate	15
93. Peeling chimic cu substanțe caustice	20
94. Electrochirurgie	25
95. Crioterapie	25
96. Terapie intralezională	10
97. Terapie cu dermojet	10
98. Terapie topică cu agenți citotoxici	8
99. Tratamente cu laser	25
100. Fototeste, patch-teste, foto-patch-teste cu seturi standard	5/test
101. Deschiderea și exprimarea chisturilor	10
102. PUVA — terapia sistemică cu psoraleni	10
103. PUVA — terapia locală cu psoraleni	15
104. Recoltarea unui produs patologic	10
105. Dermatoscopie	15
106. Exoftalmometrie (aprecierea exoftalmiei)	5
107. Spermogramă	20
108. Test Barr	10
109. Aspirație gastrică (diagnostică și terapeutică)	5
110. Dilatație esofagiană	35
111. Polipectomie endoscopică gastrică	50
112. Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană	50
113. Polipectomie endoscopică colonică-descendent, transvers, ascendent, cec	70
114. Paracenteză	10

115. Rectosigmoidoscopie diagnostică	30
116. Colonoscopie diagnostică	45
117. Colangiopancreatografie diagnostică	100
118. Scleroterapie	45
119. Bandare varice esofagiene	45
120. Extracție corpi străini	20
121. Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)	30
122. Morfometrie	5
123. Sfatul genetic (evaluarea riscului de recurență și precizarea posibilităților de a reduce acest risc)	20
124. Puncție-biopsie osoasă cu amprentă	30
125. Puncție aspirat de măduvă osoasă	12
126. Flebotomie terapeutică	5
127. Proba Rumpell-Leed	2
128. Plasmafereză terapeutică	50
129. Montare cateter venos central	75
130. Repoziționare cateter venos	20
131. Dezobstrucție cateter venos	10
132. Îngrijire fistulă	5
133. Tromboliză fistulă	25
Hemodializă/ședință	
134. — control	10
135. — stabilirea protocolului ședinței de dializă	8
136. — tratamentul complicațiilor ședinței de dializă	10
Dializă peritoneală	
137. — ședință	8
138. — control	10
139. — test de echilibrare peritoneală	10
140. — manevre reinvazive de repoziționare cateter peritoneal	5
141. — diagnosticul și tratamentul infecțiilor locului de ieșire al cateterului	10
142. Ședință ESWL	25
143. Control post ESWL	10
144. Puncție rahidiană	12
145. Examen al lichidului cefalorahidian (prin puncție rahidiană sau suboccipitală)	20
146. Examen ultrasonografic extracranian al aa. cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate)	45
147. Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate	45
148. Examen electromiografic	20
149. Examen electroneurografic	20
Determinarea potențialelor evocate	
150. — vizuale	10
151. — de trunchi cerebral (auditive)	10
152. — somestezice	10
153. — motorii	10
154. Examen electroencefalografic standard	10
155. Examen electroencefalografic cu probe de stimulare	15
156. Examen electroencefalografic cu mapping	15
157. Înregistrare electroencefalografică continuă în timpul somnului (polisomnografie)	20
158. Video – electroencefalografie	15
Terapia chirurgicală a:	
159. Durerilor craniofaciale	20
Consultația obstetricală și/sau ginecologică include și recoltarea secreției vaginale, recoltarea secreției mamelonare.	
160. Colposcopie și/sau vulvoscopie	10
161. Histeroscopie diagnostică	20
162. Histeroscopie cu biopsie	30
163. Histerosalpingografie	20
164. Hidrotubație — insuflație utero-tubară	18
165. Testul Huhner	8

166. Punctie diagnostică a Douglasului	15
167. Aplicarea unui sterilet	10
168. Îndepărtarea unui sterilet	8
169. Întrerupere de sarcină	25
170. Ablația unui polip sau fibrom cervical	20
171. Conizația cu ansa diatermică sau cu bisturiul	25
172. Extirparea unui chist vaginal sau Bartholin, marsupializare	22
173. Incizia unui abces Bartholin	12
174. Examen cardiotocografic cu NTS (test non stres)	15
175. Tratamente locale: badijonaj, lavaj	10
176. Excizii și/sau cauterizări (polipi, vegetații vulvă, vagin, col)	15
177. Tamponament vaginal (sau al cavității uterine) în caz de sângerare, ca prestație de sine stătătoare	15
178. Introducerea (schimbarea) unui pesar	5
179. Îndepărtarea unui pesar	3
180. Recoltare pentru test Babeș – Papanicolau	8
181. Montare și extracție diafragm	3

Consultația oftalmologică include și explorarea funcției aparatului lacrimal, prescripția corecției optice și tratamentul ambliopiei.

182. Determinarea acuității vizuale (biomicroscopia polului anterior, ex. FO, tonometria)	10
183. Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, utilizare lentile keratometrie)	5
184. Explorarea câmpului vizual (cu spot alb și spot colorat)	5
185. Explorarea simțului cromatic cu tabele pseudoizocromatice	3
186. Explorarea funcției binoculare (test Worth, sinoptofor, examen diplopie)	10
187. Biomicroscopia fundului de ochi	5
188. Gonioscopie	5
189. Oftalmodinamometrie, inclusiv tonometrie	5
190. Probe de provocare pentru stabilirea diagnosticului de glaucom, minimum 6 tonometrizări	10
191. Diafanoscopie; exoftalmometrie; determinarea sensibilității corneene	5
192. Alegerea și fixarea unei proteze	5
193. Extracția corpurilor străini conjunctivali	10
194. Extracția corpurilor străini corneeni superficiali, inclusiv chiuretarea ruginei	12
195. Extracția corpurilor străini corneeni profunzi	15
196. Extracția corpurilor străini sclerali neperforanți	10
197. 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)	20
198. Tratamentul chirurgical al deviațiilor palpebrale (entropion, ectropion, puncte lacrimale eversate)	30
199. Tratamentul chirurgical al pterigionului	5
200. Abrazia corneei; termocauterizarea corneei; crioaplicații	12
201. Tratament cu laser la polul posterior	40
202. Sondajul complet al căilor lacrimale la un ochi, în scop terapeutic	10
203. Tratamentul cu laser la polul anterior	30
204. Aplicații locale ale unor substanțe medicamentoase în scop terapeutic sau de diagnostic	5
205. Tratament ortoptic	10
206. Oftalmoscopie indirectă	12
207. Biopsie de organ	30
208. Biopsie musculară	15
209. Punctie biopsie de organ	30
210. Punctie biopsie de organ ghidată ecografic sau tomografic	50
211. Biopsie ganglionară	30
212. Biopsie cutanată	15
213. Chiuretaj bioptic	15
214. Cauterizare	20

Consultația ORL include: examen nas-sinusuri, examen buco-faringoscopic, rinoscopie posterioară, examenul laringoscopic și hipofaringoscopic, examenul otoscopic, examen vestibular, examen nervi cranieni.

215. Examen fibroscopic nas, cavum, laringe	15
216. Examen stroboscopic	10
217. Polipectomie nazală, auriculară	15
218. Tamponament și detamponament posterior	15
219. Punctie sinusală	12
220. Tratament plagă superficială	10
221. Infiltrații	10

222.	Tratament chirurgical colecție: sept, flegmon periamigdalian, furunculul CAE	15
223.	Tratament chirurgical al flegmonului cervical	25
224.	Timpanotomie	5
225.	Extracție corpi străini nazali, auriculari, orofaringieni	15
226.	Tamponament și detamponament anterior	15
227.	Examen de cavum/laringe cu ancorare	5
228.	Extracție, spălătură dop cerumen	5
229.	Cauterizare mucoasă nazală	20
230.	Insuflație tubară	3
231.	Aspirație secreție	3
232.	Instilație laringiană	3
233.	Anemizarea mucoasei nazale	2
234.	Badijonaj nazal, orofaringian	2
235.	Recoltarea unui produs patologic	5
236.	Adenoidectomie	25
237.	Amigdalectomie	40
238.	Cura chirurgicală a othematomului	10
239.	Audiogramă	20
240.	Îngrijire stomă traheală	10
241.	Tușeu de cavum	5

Consultația ortopedică include și tratamentul ortopedic specific, cu excepția următoarelor proceduri, la care se punctează proporțional cu complexitatea tratamentului respectiv:

242.	Tratamentul entorsei genunchiului	10
243.	Tratamentul entorsei coloanei vertebrale cervicale	10
244.	Tratamentul luxației perilunare	10
245.	Tratamentul luxației șoldului, genunchiului	10
246.	Tratamentul luxației gleznei tarso-metatarsiene	8
247.	Tratamentul fracturii fără deplasare femur, gambă, gleznă, rotulă	5
248.	Tratamentul fracturii fără deplasare mână, picior	3
249.	Tratamentul fracturii cu deplasare scapulă, col chirurgical humerus, diafiză humerală, cot	12
250.	Tratamentul fracturii cu deplasare antebraț, pumn	12
251.	Tratamentul fracturii costale	10
252.	Tratamentul fracturii oaselor carpiene, metacarpene, falangelor	5
253.	Tratamentul fracturii cu deplasare tars, metatars, falange	12
254.	Tratamentul fracturii stabile de coloană vertebrală	15
255.	Tratamentul unei rupturi tendinoase (tendon achilian, bicipital, cvadricipital)	5
256.	Tratamentul discopatiei cervicale sau lombare	5
257.	Prim ajutor în fractură deschisă de membre	15
258.	Tratamentul PSH	10
259.	Tratamentul unei osteonecroze aseptice (osteochondroze) la nivelul scafoidului tarsian, semilunar, cap metatarsian II sau III etc.	5
260.	Tratamentul unei infecții osoase (osteomielită, osteită)	3
261.	Tratamentul unei tuberculoze osteoarticulare	5
262.	Tratamentul în scolioze, cifoze, spondilolistezis	12
263.	Examen diagnostic și tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni	20
264.	Tratamentul în displazia luxantă a șoldului la vârsta mersului și după	15
265.	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni	5
266.	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	3
267.	Exuflație pneumotorax	15
268.	Citirea fiecărei serii de 10 clișee MRF	5
269.	Spirometrie	10
270.	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	15
271.	Puncție pleurală exploratorie (cu/fără injectarea de substanțe intrapleurale)	10
272.	Toracenteză cu evaluarea lichidului	15
273.	Spălătură pleurală	15
274.	Puncție-biopsie pleurală	30
275.	Instalarea de cateter intrapleural și gesturi terapeutice ulterioare pe dren	15
276.	Instituire de pneumotorax/pneumoperitoneu terapeutic	15
277.	Puncție-biopsie pulmonară transtoracică	30
278.	Spălătură bronșică	12
279.	Lavaj bronhiolo-alveolar	25
280.	Extragere corpi străini din căile respiratorii	35
281.	Mică chirurgie endoscopică	50



282. Elasticitate pulmonară	30
283. Analize gaze sanguine	12
284. Peak-flowmetrie	5
285. TLCO	25
286. Body pletismografie	30
287. Mediastinoscopie	50
288. Efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare (examen psihologic, QI, anchetă socială, teste, scale clinice)	15
289. Consiliere psihiatrică pacient	15
290. Psihoterapie individuală (pentru psihoze)	15
291. Psihoterapie de grup (pentru psihoze)	15
292. Terapie electroconvulsivantă	25
293. Acte de radioterapie (RT) de înaltă energie — protocol de tratament	50
294. Acte de RT cu energii medii și joase — protocol de tratament	25
295. Acte de currieterapie — currieterapie interstițială și endocavitară — protocol de tratament	50
296. — currieterapie de contact de scurtă durată — aplicatori radioactivi	20
297. Infiltrații peridurale	15
298. Mezoterapie	8
299. Blocaje nervi periferici	15
300. Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)	20
301. Galvanizare	2
302. Ionizare	2
303. Curenți diadinamici	2
304. Trabert	2
305. TENS	2
306. Hufschimdt	3
307. Alte forme de electroterapie de joasă frecvență	2
308. Curenți interferențiali	2
309. Stereofrem	2
310. Myodinaflux	2
311. Diafrem	2
312. Alte forme de electroterapie de medie frecvență	2
313. Unde scurte	2
314. Microunde	2
315. Diapuls	3
316. Ultrasunet	2
317. Ultrasunet în apă	2
318. Sonodynator	2
319. Magnetoterapie	2
320. Laser-terapie	2
321. Solux	2
322. Baie de lumină – parțială	2
323. Baie de lumină – generală	2
324. Ultraviolete	2
Stimulări electrice:	
325. — curenți cu impulsuri rectangulare	3
326. — curenți cu impulsuri exponențiale	3
327. Con tracția izometrică electrică	3
328. Stimulare electrică funcțională	3
329. Biofeedback	4
330. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)	2
331. Băi de plante	2
332. Băi de dioxid de carbon și bule	2
333. Baie cu peria	2
334. Halbbad	2
335. Whirlpool	3
336. Băi de nămol	2
337. Băi Stanger	3

338. Mofete naturale	1
339. Mofete artificiale	1
340. Băi alternante parțiale	2
341. Băi parțiale ascendente (Hauffe)	2
342. Băi de șezut	2
343. Băi galvanice	3
344. Duș subacval	3
345. Duș scoțian	3
346. Duș masaj	4
347. Afuziuni alternante	2
348. Irigații vaginale	2
349. Duș manta	1
350. Duș de șezut	1
351. Duș filiform	2
352. Aplicații cu parafină	2
353. Băi sau pensulații cu parafină	2
354. Împachetare generală cu nămol	1
355. Împachetare parțială cu nămol	1
356. Tampoane vaginale cu nămol	2
357. Băi hiperterme + împachetare uscată	6
358. Saună	3
359. Crioterapie (masaj cu gheață)	2
360. Masaj regional	3
361. Masaj segmentar	2
362. Masaj reflex	2
363. Limfmasaj	5
364. Masajul țesutului conjunctiv	2
365. Masaj pneumatic al extremităților (Angiomat și Leg pump)	2
366. Masaj vacuumatic	2
367. Masaj vibrator	1
368. Aerosoli individuali	2
369. Respirație în presiune pozitivă	3
370. Pulverizație cameră	1
371. Drenaj bronșic + vibromasaj	3
372. Hidrokinetoterapie individuală generală	4
373. Hidrokinetoterapie parțială	3
374. Kinetoterapie individuală	5
375. Tracțiuni vertebrale și articulare	2
376. Manipulări vertebrale	4
377. Manipulări articulații periferice	2
378. Kinetoterapie cu aparatură specială: covor rulant, bicicletă ergometrică, helcometre, bac de vâslit	2
379. Infiltrație în structuri ale țesutului moale	10
380. Puncție și infiltrație intraarticulară	15
381. Artroscopie	30
382. Aplicarea unei conținții suple articulare	8
383. Confecționarea și/sau aplicarea unei orteze	20
384. Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete)	145
385. Secțiunea meatului uretral stenozat	12
386. Dilatația stricturii uretrale	8
387. Secțiunea optică a stricturii uretrale	12
388. Instilațiile endouretrale și endovezicale medicamentoase	5
389. Cateterismul uretrovezical „à demeure“ pentru retenție completă de urină	5
390. Uretroscopie ambulatorie	10
391. Orhidectomie ambulatorie	20
392. Schimbare cateter nefrostomie, cistostomie percutanată, uretrovezical	10
393. Schimbare cateter uretral Cook	12
394. Măsurarea rezidului vezical	3
395. Drenaj scrotal (abces, hematom)	12
396. Operație pentru hidrocел, spermatocele, chist epididimar funicular etc. (ambulator)	20
397. Cistostomie minimă suprapubiană	15
398. Nefrostomie percutanată ambulatorie	25
399. Drenaj intern cu sondă Cook (insertie)	25
400. Scos drenaj intern sondă Cook	15

401. Puncție-biopsie prostatică transrectală	15
402. Secționare, ligatură canale deferente	20
403. Ecografie de organ	35
404. Kinetoterapie de grup pe afecțiuni	4
405. Bilanț articular	14
406. Bilanț muscular	15
407. Întocmirea planului de recuperare	15
408. Ecografie generală (abdomen + pelvis)	40
409. Ecografie abdomen	20
410. Ecografie pelvis	20
411. Anchetă epidemiologică	20
412. Aspirat bronșic	15
413. Broșaj bronșic	15
414. Biopsie bronșică	30
415. Instilații bronșice/traheale	15
416. Cauterizare endobronșică	20
417. Puncție pulmonară transbronșică, transtraheală	30
418. Puncție ganglionară transbronșică, transtraheală	30
419. Bronhoscopie flexibilă	30
420. Bronhoscopie rigidă	30
421. Instilații/pulverizări de medicamente/aplicare meșă în CAE și UM	3
422. Aerosoli (ședință)	3
423. Aplicare locală de medicamente la nivelul cornetelor, meatelor și rinofaringelui	3
424. Examen laringe după anestezie de contact și ancoraj de epiglotă	10
425. Spălătură cu canula Hartmann	12
426. Spălătura și administrarea endoscopică de medicamente în sinusul maxilar	12
427. Anestezie ggl.sfenopalatin	5
428. Sinechie septo-turbinară	15
429. Examen otomicroscopic	15
430. Îndepărtare corpi străini sub microscop	20
431. Criocauterizare ggl.sfenopalatin	20
432. Impedanța	20
433. Audiometrie vocală la căști	20
434. Audiometrie vocală în câmp liber	20
435. Stereoaudiometrie	20
436. Testarea senzației de verticalitate	15
437. Secțiune fren lingual	12
438. Examinare microscopică endonazală	15
439. Rinomanometrie	20
440. Redresare piramidă nazală posttraumatică	25
441. Craniocorpografie	25
442. Otoemisiuni acustice	30
443. Reeducare vestibulară (ședință)	15
444. Cauterizare de cornete (electrocauterizare)	18
445. Examen fibroscopic nas, cavum, laringe, trahee, bronhii	30
446. Posturografie	30
447. Măsurarea protezei auditive în cuplor	25
448. Montare dren transtimpanal + extragere	20
449. Gustometrie	20
450. Olfactometrie	20
451. Probe vestibulare provocate	20
452. Polipectomie nazală, auriculară, polip sângerând al septului	25
453. Audiometrie comportamentală la copil	20
454. Proceduri endoscopice nazale și sinusale	30
455. Adaptarea implantului cohlear (ședința)	35
456. Chirurgie laser ORL	40
457. ENG	15
458. Video laringo stroboscopie cu utilizarea video-printerului	20
459. Gimnastică respiratorie (ședința)	10
460. Exerciții pentru tulb de vorbire (ședința)	15
461. Investigarea psihoacustică a vocii	10
462. Reeducarea vocii vorbite și cântate/ședință	10
463. Reeducare computerizată la profesioniștii vocii (ședința)	25
464. Analiza parametrilor acustici ai vocii	15

465. Sonagramă	15
466. Fonetogramă	15
467. Electroglotografie	15
468. Mobilizarea aritenoidului (ședința)	10
469. Fizioterapie în disfonii	10
470. Insulinoterapie în disfonii	10
471. Reeducarea vocii după paralizii de coardă vocală (ședința)	10
472. Examen otomicroscopic	15
473. Psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene (ședința)	15
474. Injecție transtimpanală	6
475. Injecții intraturbinare	6
476. Vizită în focar TBC	15

Consultația de planificare familială se efectuează numai în cabinetele de planificare familială de către medicii care au obținut competență de planificare familială și sunt certificați de Ministerul Sănătății și Familiei și care lucrează exclusiv în această activitate. Consultația de planificare familială se punctează similar cu orice altă consultație (consultație inițială, respectiv consultație de control).

Alte servicii medicale efectuate în aceste cabinete se punctează similar cu serviciile pentru sănătatea reproducerii din curricula de obstetrică-ginecologie.

Consultația de parazitologie medicală se punctează similar cu orice consultație de specialitate (consultația inițială, respectiv consultația de control).

#### Acupunctură — Fitoterapie — Homeopatie

Consultația se punctează similar cu orice consultație de specialitate (consultație inițială, respectiv consultație de control), iar tratamentele specifice vor fi punctate separat, fiecare cu câte 3 puncte.

Toate tratamentele chirurgicale sau intervenționale includ:

- pregătire locală și generală preoperatorie;
- incizie și tratamentul chirurgical specific;
- sutură și controlul hemostazei;
- pansarea și îngrijirea postoperatorie imediată.

Anestezia este punctată separat, după cum urmează:

477. Anestezie locală de contact	3
478. Anestezie locală prin infiltrație	5

Consultația de logopedie se punctează similar cu orice altă consultație efectuată de medicii abilitați.

#### MANEVRE DE DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTICE

479. Puncția venoasă pentru recoltare	2
480. Administrarea intravenoasă de medicamente, altele decât citostatice	4
481. Administrarea prin injecție intravenoasă de medicamente citostatice	6
482. Perfuzia intravenoasă cu alte medicamente, altele decât citostatice	5
483. Perfuzia intravenoasă de scurtă durată cu medicamente citostatice	8
484. Perfuzia intravenoasă de lungă durată cu medicamente citostatice (până la 24 ore, minimum 6 ore)	10
485. Perfuzia intravenoasă continuă cu medicamente citostatice (minimum 24 ore)	12
486. Administrarea de sânge și derivați	8
487. Puncția arterială pentru recoltare	5
488. Recoltarea de sânge capilar pentru hemogramă	3
489. Executarea unui frotiu din sânge venos sau capilar	2
490. Determinări prin teste rapide la diabetici dispensarizați (glicemie, glucozurie, cetonurie)	3

N.B. 1) Pentru activitatea de recuperare-reabilitare care se desfășoară în unități sanitare de tip ambulator, altele decât cele din stațiunile balneoclimatice, medicii raportează (dacă este cazul) în vederea decontării și serviciile de terapie fizică care se efectuează în bazele de tratament pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri pe zi/pacient), după care asigurații plătesc integral procedurile.

2) Valoarea serviciilor medicale, altele decât consultațiile medicale (inițiale și de control), efectuate exclusiv în dispensarele TBC se punctează dublu pentru cazurile TBC confirmate care necesită supraveghere medicală.

**LISTA**  
**cuprinzând investigațiile paraclinice și tarifele maxime ale acestora**

— lei —

1. Acid uric seric	25.000
2. Amilazemie	35.000
3. Amilazurie	35.000
4. Antibiogramă	60.000
5. Antibiograma BK*	162.000
6. Anticorpi specifici antiRh	35.000
7. APTT	55.000
8. ASLO	50.000
9. Amprentă anală (în parazitologie)	15.000
10. Bilirubină totală, directă și indirectă	25.000
11. Calciu ionic seric	35.000
12. Calciu seric total	25.000
13. Cariotip	1.200.000
14. Celule lupice	40.000
15. Colesterol seric total	25.000
16. Complement seric	45.000
17. Concentrat leucocitar	40.000
18. Confirmare HIV	180.000
19. Coprocultură	60.000
20. Coproantigene (în parazitologie)	200.000
21. Creatinină serică	25.000
22. Crioglobuline	30.000
23. Dozare proteine urinare	30.000
24. Determinare grup sanguin ABO	35.000
25. Determinare grup sanguin Rh	35.000
26. Depistare HIV	90.000
27. Depistare anticorpi antiparazitari	190.000
28. Depistare imunologică a antigenelor parazitare	250.000
29. Electroforeza proteinelor serice	70.000
30. Examen coproparazitologic (3 probe)	60.000
31. Examene microscopice pe frotiu	30.000
32. Examene pe alte culturi bacteriene	40.000
33. Examen bacteriologic BK*:— frotiu lamă	75.600
34. — cultură BK	129.000
35. Examen microscopic în parazitologie	75.000
36. Examen macroscopic al fragmentelor parazitare	20.000
37. Explorare echilibru acido-bazic	40.000
38. Exsudat faringian + cultură	35.000
39. Factor antinuclear	110.000
40. Factor reumatoid	40.000
41. Fibrinogen seric	60.000
42. Fosfatază alcalină	33.000
43. Frotiu și colorații speciale materii fecale (în parazitologie)	150.000
44. Gama GT	35.000
45. Glicemie	25.000
46. Glucoză urinară	25.000
47. Hemoglobină	20.000
48. Hematocrit	10.000
49. Hemoculturi	75.000
50. Hemoleucogramă completă	60.000
51. Hemoglobină glicozilată	110.000
52. Hormoni tiroidieni T3	90.000
53. Hormoni tiroidieni T4	90.000

\* Se decontează numai în dispensarele TBC, secții și spitale TBC, sanatorii TBC.

54. HDL colesterol 40.000

55. IDR la PPD	20.000
56. Imunofixare	50.000
57. Imunoelectroforeză (Ig A, IgM, IgG, IgE)	70.000
58. Ig A seric	70.000
59. Ig G seric	70.000
60. Ig E seric	70.000
61. Ig M seric	70.000
62. Iontoforeză pilocarpinică	80.000
63. INR (International Normalised Ratio)	40.000
64. LDH	40.000
65. LDL	35.000
66. Lipide totale	30.000
67. Magneziu seric	25.000
68. Natriemie	35.000
69. Numărătoare eritrocite și formula leucocitară	30.000
70. Potasemie	35.000
71. Proteina C reactivă	45.000
72. Proteine totale	30.000
73. RBW	25.000
74. Reacția Addis	25.000
75. Sideremie	30.000
76. Sumar de urină	30.000
77. Sediment	15.000
78. Test Barr	50.000
79. Test Guthrie	60.000
80. Test Coombs	40.000
81. TGO	25.000
82. TGP	25.000
83. Timp de sângerare	15.000
84. Timp Quick, activitate de protrombină	30.000
85. Trigliceride serice	30.000
86. TSH	90.000
87. Tymol sau alte teste de disproteinemie	20.000
88. Uree serică	25.000
89. Urocultură	35.000
90. VDRL+ TPHA	50.000
91. VSH	10.000
<b>Histopatologie</b>	
92. Piesă prelucrată la parafină	177.500
93. Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	277.500
94. Diagnostic histopatologic pe lamă	100.000
95. Examen histopatologic cu colorații speciale	740.000
96. Citodiagnostic col Papanicolau	185.000
97. Citodiagnostic lichid puncție	185.000
98. Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	277.500
99. Citodiagnostic secreție și spălătură gastrică	185.000
100. Citodiagnostic secreție vaginală	185.000
101. Examen citohormonal	185.000
102. Citodiagnostic produse puncție	185.000
103. Imunohistochimie	455.000
<b>Radiologie</b>	
104. Radiografie craniană standard în 2 planuri	55.526
105. Radiografie craniană în proiecție specială	88.739
106. Părți ale scheletului în 2 planuri	71.688
107. Torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri	92.200
108. Centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast	90.000
109. Părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală	85.575
110. Alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV	80.000
111. Coloană vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală	185.035
112. Coloană cervicală în cel puțin 3 planuri	138.905
113. Mielografie cu substanță nonionică	1.227.995

114. Torace ansamblu inclusiv examen Rx scopic (eventual cu bol opac)	150.271
115. Organe ale gâtului sau ale planșeului bucal	122.647
116. Torace și organe ale toracelui	117.379
117. Bronhografie cu substanță de contrast nonionică	1.234.027
118. Vizualizarea generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri	71.688
119. Căi biliare, pancreas cu substanță de contrast nonionică	1.298.975
120. Esofag ca serviciu independent, inclusiv radioscopie	119.841
121. Tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast nonionică	247.618
122. Întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală	376.906
123. Colon în dublu contrast sau intestin subțire pe sondă duodenală	468.296
124. Colon la copil, inclusiv dezinvinagine	221.767
125. Tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast nonionică	1.336.485
126. Examen retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	1.146.562
127. Cistografie de reflux cu substanță de contrast nonionică	1.174.335
128. Uretra, vezica urinară la copil cu substanță de contrast nonionică	1.165.319
129. Pielografie	1.236.683
130. Examen cu substanță de contrast nonionică a uterului și oviductului	1.180.338
131. Mamografie în 2 planuri	120.611
132. Sialografia, galactografia, sinusuri, fistulografia cu substanță de contrast	1.176.241
133. Flebografia de extremități	1.253.593
134. Tomografia plană	262.530
135. Angiografia carotidiană cu substanță de contrast nonionică	1.252.272
136. P.E.G.	100.481
137. Radiofotografia medicală (MRF)	16.113
138. craniu cu substanță de contrast nonionică	1.148.311
139. regiune gât cu substanță de contrast nonionică	1.148.311
140. regiune torace cu substanță de contrast nonionică	1.231.628
141. abdomen cu substanță de contrast (nonionică) administrată intravenos	1.231.628
142. pelvis cu substanță de contrast (nonionică) administrată intravenos	1.148.311
143. coloana vertebrală cu substanță de contrast nonionică	1.148.311
144. membre cu substanță de contrast nonionică	1.148.311
145. Ecografie generală (abdomen + pelvis)	150.000
146. Ecografie abdomen	80.000
147. Ecografie pelvis	70.000
148. Radioscopie cardiopulmonară	74.272
149. Radiografie dentară	30.000
150. craniu fără substanță de contrast	250.000
151. regiune gât fără substanță de contrast	250.000
152. regiune toracică fără substanță de contrast	500.000
153. abdomen fără substanță de contrast	500.000
154. pelvis fără substanță de contrast	250.000
155. coloană vertebrală fără substanță de contrast	250.000
156. membre	250.000
157. Radiografie membre	80.000
158. EKG	30.000
159. EKG de efort	225.000
160. EKG de stress farmacologic	250.000
161. EKG continuu (24 ore, Holter)	250.000
162. Holter TA	150.000
163. Spirometrie	50.000
164. Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	75.000
165. Oscilometrie	25.000
166. EEG	75.000
167. Electromiografie	100.000
168. Peak-flowmetrie	15.000
169. Endoscopie	110.000
170. Ecocardiografie M + 2 D	80.000
171. Eco + Doppler	110.000
172. Eco + Doppler color	180.000
173. Eco vase periferice vene	100.000
174. Eco vase periferice artere	120.000
175. Radiografie panoramică	100.000

## LISTA

cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic — în primele 12 luni de la externarea din spital
2. Angină instabilă — 3 luni de la stabilizare
3. Purtătorii de proteze valvulare și pace-maker
4. Malformații congenitale și boli genetice
5. Insuficiență renală cronică sub dializă
6. Insuficiența cardiacă clasa III — IV NYHA
7. Poliartrită reumatoidă, inclusiv formele sale clinice (sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrita cronică juvenilă)
8. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
9. Leucemiile acute (limfoide și nonlimfoide)
10. Leucemia mieloidă cronică
11. Leucemia limfatică cronică
12. Aplazia medulară
13. Mielomul multiplu
14. Limfoame non-Hodgkin nodale și extranodale
15. Boala Hodgkin
16. Anemii hemolitice endo- și exoeritrocitare
17. Trombocitemia hemoragică
18. Histiocitozele
19. Mastocitoza malignă
20. Telangectazia hemoragică ereditară
21. Purpura trombocitopenică idiopatică
22. Trombocitopatii
23. Purpura trombotică trombocitopenică
24. Boala von Willebrand
25. Coagulopatiile ereditare
26. Tumori mamare
27. Tumori maligne — pe durata tratamentului oncologic
28. Tumori cu potențial malign până la elucidarea diagnosticului
29. Diabet zaharat insulino-dependent
30. Cirozele hepatice decompensate
31. Tuberculoza
32. Psihoze
33. Hemofilie
34. Glaucom
35. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
36. Status posttransplant de organe
37. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
38. Consultație planificare familială
39. Alte situații la recomandarea comisiilor de specialitate ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

**DURATA MEDIE DE SPITALIZARE**  
**optimă pe țară, pe secții și pe tipuri de spitale în anul 1999**

Secția și compartimentul	Durata medie de spitalizare			
	Total	Clinic	Urban	Rural
TOTAL	9.50	8.80	9.06	18.83
ATI	3.16	3.12	3.17	6.41
BALNEO-FIZ. ȘI RECUP. MEDICALĂ	13.36	14.13	12.43	17.07
BOLI INFECȚIOASE (CONTAGIOASE)	7.81	7.56	7.86	12.49
CARDIOLOGIE	8.62	7.89	9.00	9.82
CHIRURGIE GENERALĂ	6.57	6.90	6.41	8.33
CHIRURGIE INFANTILĂ	4.28	4.50	4.02	
CHIRURGIE CARDIO-VASCULARĂ	8.48	8.48		
CHIRURGIE TORACO-PULMONARĂ	14.05	12.11	17.13	15.11
CHIRURGIE MAXILO-FACIALĂ	6.76	6.96	6.29	
CHIRURGIE PLASTICĂ ȘI REPARATORIE (arși)	9.11	8.33	9.57	
CRONICI	14.33	10.59	13.59	15.99
DERMATO-VENEROLOGICE	12.76	13.42	12.36	15.34
DIABET—BOLI DE NUTRIȚIE	7.18	7.91	6.80	
DISTROFICI	75.26	95.29	77.01	36.76
ENDOCRINOLOGIE	8.75	8.51	9.23	
FTIZIOLOGIE	30.24	25.46	29.53	46.25
GASTRO-ENTEROLOGIE	8.66	7.96	9.52	
GINECOLOGIE	4.43	4.82	4.06	
HEMATOLOGIE	7.25	6.35	10.72	
MEDICINĂ GENERALĂ	7.46		9.08	7.04
MEDICINĂ INTERNĂ	8.74	8.08	8.82	9.52
NEFROLOGIE	2.61	2.64	2.57	
NEURO-CHIRURGIE	7.05	7.60	5.59	
NEUROLOGIE	10.44	10.80	9.96	20.65



Secția și compartimentul	Durata medie de spitalizare			
	Total	Clinic	Urban	Rural
NEUROPSIHIIATRIE	25.62	12.18	21.24	115.43
NEVROZE	30.48	37.92	35.99	21.49
NOU-NĂSCUȚI	6.65	6.33	6.75	6.18
OBSTETRICĂ	4.85	4.63	5.00	4.15
OBSTETRICĂ—GINECOLOGIE	4.90	4.44	5.02	5.85
OBSTETRICĂ PENTRU NAȘTERI NORMALE	3.81	2.02	4.69	5.71
OFTALMOLOGIE	7.68	7.22	8.04	4.03
ONCOLOGIE	7.72	8.05	7.26	4.85
ORL	6.50	6.77	6.35	5.91
ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE	9.74	10.69	9.27	
PEDIATRIE	6.94	6.90	6.86	7.97
PNEUMOLOGIE—BOLI NETUBERCULOASE	17.82		7.74	20.45
PREMATURI	14.46	30.98	13.08	
PSIHIIATRIE	17.70	20.08	15.77	26.45
PSIHIIATRIE ACUȚI	14.73	16.63	12.92	18.28
PSIHIIATRIE CRONICI	50.85	13.09	71.28	67.07
REUMATOLOGIE	10.61	10.21	10.82	
TBC OSTEOARTICULAR	32.40			32.40
UROLOGIE	7.64	7.67	7.62	
ALTELE	5.05		3.43	16.91

Pentru secțiile de imunologie clinică și alergologie se vor folosi valorile de la secția de medicină internă.

Pentru secțiile de geriatrie—gerontologie se vor folosi valorile de la secția de recuperare, medicină fizică și balneologie.

Pentru secțiile de nefrologie care nu au compartimente de dializă se vor folosi valorile de la secția de medicină internă.

Pentru institute durata medie de spitalizare optimă pe țară este asimilată spitalelor clinice, iar pentru spitalele județene durata medie de spitalizare optimă pe țară este asimilată cu durata medie de spitalizare pentru urban.

Datele au fost furnizate de Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală în baza adresei nr. 540 din 17 mai 2000.

ANEXA Nr. 8

## LISTA

### cuprinzând serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații

#### 1. Servicii cu spitalizare

##### A. Servicii cu spitalizare integrală

Profil medical	Profil chirurgical
Medicină internă	Chirurgie generală
Gastroenterologie	Urologie
Cardiologie	Ortopedie și traumatologie
Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	ORL
Endocrinologie	Oftalmologie
Imunologie clinică și Alergologie	Obstetrică—Ginecologie
Nefrologie	Chirurgie plastică și reparatorie
Hematologie	Chirurgie maxilo-facială
Pediatrie	Anestezie și Terapie intensivă
Dermato-venerologie	Chirurgie toracică
Neurologie	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari
Oncologie medicală	Chirurgie pediatrică
Radioterapie	Neurochirurgie
Neonatologie	Chirurgie vasculară
Reumatologie	
Recuperare, Medicină fizică și Balneologie	
Geriatrică și Gerontologie	
Genetică medicală	
Psihiatrie*	
Pneumologie/Pneumoftiziologie*	
Boli infecțioase*	

**B. Servicii cu spitalizare parțială**

<b>Profil medical</b>	<b>Profil chirurgical</b>
Pediatrie  Dermatologie Neurologie Oncologie medicală Medicină internă Gastroenterologie Cardiologie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice Endocrinologie Imunologie clinică și Alergologie Nefrologie – dializă Reumatologie Hematologie Radioterapie Neonatologie Psihiatrie Medicină de urgență Pneumologie/Pneumoftiziologie	Chirurgie generală – endoscopie  Urologie – endoscopie Ortopedie și traumatologie O.R.L. Oftalmologie Obstetrică–Ginecologie Chirurgie maxilo-facială Anestezie și Terapie intensivă Chirurgie toracică Neurochirurgie (RMN, CT)

**2. Alte servicii****Investigații paraclinice**

Hematologie  
 Biochimie  
 Microbiologie  
 Anatomie patologică  
 Citologie  
 Histologie  
 Radiodiagnostic  
 ECHO  
 EKG  
 Explorări funcționale  
 Medicină nucleară  
 Explorări genetice

**3. Servicii speciale**

Transport in situații de urgență  
 Ajutor de menaj

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

ANEXA Nr. 9

**LISTA**

**cuprinzând serviciile medicale de înaltă performanță și alte servicii a căror contravaloare nu este suportată de casele de asigurări de sănătate**

- |  |           |  |
|--|-----------|--|
| 1. Rezonanță magnetică nucleară  | la cerere | 13. Acordarea de asistență medicală de recuperare și terapie fizicală  |
| 2. Tomografie computerizată  | la cerere | — manipulări, tracțiuni, terapie manuală mai mult de 2 săptămâni   |
| 3. Scintigrafie  | la cerere | — pentru un număr mai mare de 2 reconsulturi periodice, pentru evaluarea evoluției bolii și a nivelului disfuncțional, pentru corectarea programului de recuperare |
| 4. Angiografie   | la cerere | 14. Program de relaxare generală în grup   |
| 5. Endoscopie  | la cerere | 15. Mecanoterapie  |
| 6. Osteodensitometrie cu DEXA  |           | 16. Terapie cu dermojet  |
| 7. Fertilizare „in vitro“  |           | 17. Dermabraziunea   |
| 8. Tratamente chirurgicale plastice și reparatorii în scop estetic, inclusiv transplantul de păr la cerere |           | 18. Tratamentul comedoanelor cu comedon-extractor  |
| 9. Chirurgie compartimentală și de reconstrucție la cerere   |           |  |
| 10. Epilare  |           |  |
| 11. Gimnastică medicală  |           |  |
| 12. Socioterapie   |           |  |

## Tariful mediu pe zi de spitalizare pentru anul 2001

- lei -

Nr. Crt.		tarif / zi spitalizare pe sectii				
		în *) Institute	în **) Spitale Clinice	în **) Spitale Județene	în **) Spitale Municipale/ Orașenești	în **) Spitale Comunale
	<b>Total tip spital</b>	1.046.120	397.260	378.850	254.850	157.990
1	A.T.I. ***	2.863.830	1.294.450	1.441.830	853.530	620.200
2	Balneo-fizioterapie	131.530	276.970	294.730	246.230	152.810
3	Boli infecțioase ****	1.788.480	876.300	356.940	318.520	125.160
4	Cardiologie ***	767.340	385.580	325.850	181.900	269.510
5	Chirurgie generală ***	1.552.720	500.720	427.740	319.320	345.670
6	Chirurgie infantilă ***	383.750	371.150	292.580	453.760	
7	Chirurgie cardiovasculară ***	1.646.870				
8	Chirurgie toraco-pulmonară ***	1.453.330	380.750	420.390	438.320	212.790
9	Chirurgie B.M.F.	477.530	308.470	370.370	284.250	
10	Chirurgie plastică și reparatorie	712.940	370.310	466.300	275.360	
11	Cronici		452.860	179.870	170.390	199.550
12	Dermato-venereologie	182.550	291.460	261.150	194.370	
13	Diabet, boli de nutriție	506.150	474.450	359.350	248.650	
14	Distrofici		196.270	216.900	170.030	172.420
15	Endocrinologie	457.310	272.050	355.470	343.030	
16	Ftiziologie	222.170	191.150	238.470	198.750	157.730
17	Gastro-enterologie	874.500	304.020	472.590	340.820	
18	Ginecologie	649.930	372.400	371.180	409.540	
19	Hematologie ***	1.078.560	592.640	523.380		
20	Medicina generala		238.580	351.250	220.510	249.740
21	Medicină internă	823.160	366.730	326.290	244.370	259.010
22	Nefrologie ***	3.142.450	721.360	1.740.030	2.797.620	
23	Neurochirurgie	940.740	342.570	454.990		
24	Neurologie	528.610	303.590	281.460	229.720	140.560
25	Neuropsihiatrie	300.720	238.190	198.310	124.550	130.250
26	Nevroze	113.010	232.260	233.560		88.560
27	Nou-Născuți	448.090	296.070	247.380	221.190	216.050
28	Obstetrică	549.460	304.470	286.840	294.850	
29	Obstetrică-ginecologie	535.930	418.870	309.040	274.670	316.480
30	Obstetrică pentru nașteri normale		482.700	369.880	373.370	376.800
31	Oftalmologie	498.010	284.800	319.660	224.960	
32	Oncologie ****	1.168.270	370.580	429.910	345.060	210.790
33	O.R.L.	467.130	381.680	326.910	404.070	
34	Ortopedie și traumatologie ***	1.136.020	521.680	404.960	248.090	
35	Pediatrie	893.370	339.000	331.270	267.710	299.820
36	Pneumologie	1.456.950	245.600	294.900	204.500	157.220
37	Prematuri		250.640	169.000	255.800	
38	Psihiatrie	147.170	177.120	233.150	166.210	117.580
39	Psihiatrie acută		169.640		133.430	110.420
40	Psihiatrie cronici	194.670	114.290	153.320	109.800	94.310
41	Recuperare medicală	693.140	185.720	227.570	209.870	281.340
42	Reumatologie	434.830	189.450	207.460	260.770	
43	T.B.C.osteoaricular				181.010	
44	Urologie ***	1.907.300	371.920	437.170	261.970	
45	Alte specialități medicale	2.431.480	936.730	2.268.330	326.890	140.830

\*) Tariful pe zi de spitalizare din secțiile spitalelor clinice de urgență și secțiile din cadrul spitalelor clinice cu o singură specialitate aprobate prin Ordin al Ministrului Sănătății se asimilează cu tariful pe zi de spitalizare din secțiile institutelor.

\*\*) În condițiile în care tariful pe zi de spitalizare realizat pe secții în cadrul unui tip de spital este mai mare decât cel realizat pe același tip de secție în cadrul unui spital ierarhic superior, Casele de Asigurări de Sănătate și spitalele vor negocia tariful pe zi de spitalizare pornind de la nivelul spitalului și secției ierarhic superior.  
Numai în cazuri justificate și fundamentate tariful pe zi de spitalizare poate fi peste cel realizat de spitalul ierarhic superior.  
La secțiile de geriatrie-gerontologie se vor lua în calcul tarifele de la secțiile de recuperare medicală.  
La secțiile de nefrologie fără compartiment de dializă se vor lua în calcul tarifele de la secțiile de medicină internă.

\*\*\*) În secțiile respective tariful mediu pe zi de spitalizare se majorează cu 30% dacă îngrijesc pacienți supuși transplantului de organe și țesuturi, pacienți operați pe cord deschis, pacienți operați cărora li se implantează endoproteze, precum și dacă se execută proceduri invazive, iar sumele aferente acestor secții, calculate conform Normelor metodologice, pot fi majorate, prin negociere, cu încă până la 30%.

\*\*\*\*) Pentru spitalizarea de o zi, în secțiile de oncologie, boli infecțioase (HIV-SIDA) sumele aferente acestor secții calculate conform normelor metodologice pot fi majorate, prin negociere, cu încă până la 30%.

## LISTA

cuprinzând serviciile medicale stomatologice preventive și tratamentele stomatologice decontate de casele de asigurări de sănătate, tarifele aferente și procentul în care acestea sunt decontate de casele de asigurări de sănătate și condițiile acordării acestor servicii

COD	ACTE TERAPEUTICE	TARIFE	PLATA COPII 0-18 ani	CAS %		
				peste 18 ani		
				control profilactic efectuat		
				da	nu	
1.	Consultatie					
1.1	Consultatie primara, stabilirea diagnosticului si elaborarea planului de tratament	60000	100%	-	-	
1.2	Consultatie secundara, diagnostic si plan de tratament complex	75000	100%	-	-	
1.3	Model de studiu	60000	100%	-	-	
1.4	Radiografie retroalveolara/radiografie	30000	100%	-	-	
1.5	Radiografie panoramica	100000	100%	-	-	

2	Terapia cariei simple					
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafata prin obturatie cu amalgam*	75000	100%	60%	40%	
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafete prin obturatii cu amalgam*	90000	100%	60%	40%	
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafete prin obturatii cu amalgam*	105000	100%	60%	40%	
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafata prin obturatie cu material compozit*	110000	100%	60%	40%	
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafete prin obturatii cu material compozit*	120000	100%	60%	40%	
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafete prin obturatii cu material compozit*	125000	100%	-	-	
2.7	Aplicarea sistemelor de retentie extemporanee	30000	100%	-	-	
2.8	Aplicarea sistemelor de retentie prefabricate (per stift)	60000	100%	-	-	
2.9	Finisarea si lustruirea obturatiilor / dinte	25000	100%	-	-	
2.10	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	25000	100%	-	-	

Nota: \* garantia pentru obturatii este de 2 ani

3	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	30000	100%	60%	40%
3.2	Coafaj indirect	45000	100%	60%	40%
3.3	Coafaj direct	105000	100%	60%	40%
3.4	Pulpectomie vitala cu obturatie canal la monoradiculari (include anestezia)	135000	100%	60%	40%
3.5	Pulpectomie vitala cu obturatie canal la pluriradiculari (include anestezia)	150000	100%	60%	40%
3.6	Amputatie vitala	105000	100%	-	-
3.7	Pulpectomie devitala cu obturatie canal la pluriradiculari	135000	100%	60%	40%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpore cu obturatie canal la monoradiculari	150000	100%	-	-
3.9	Tratamentul gangrenei pulpore cu obturatie canal la pluriradiculari	180000	100%	-	-
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare / canal	50000	100%	-	-
3.11	Indeprtarea corpurilor straini din canale	75000	100%	-	-

4	Tratamentul parodontitelor apicale				
4.1	Trat. parodontitei apicale acute prin drenaj endodontic	50000	100%	60%	40%
4.2	Trat. parodontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie muco-periostala + osteotomie transmaxilara	110000	100%	60%	40%
4.3	Trat. parodontitei apicale cronice + obturatie canal la monoradiculari	150000	100%	-	-
4.4	Trat parodontitei apicale cronice + obturatie canal la pluriradiculari	190000	100%	-	-
4.5	Obturatie la dintii devitali cu amalgam	150000	100%	-	-
4.6	Obturatie la dintii devitali cu compozite	150000	100%	-	-

5	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	45000	100%	60%	40%
5.2	Echilibrare ocluzala prin slefuire selectiva / sedinta	60000	100%	-	-

5.3	Contentie provizorie prin ligaturi de sarma	45000	100%	-	-
5.4	Chiuretaj in camp inchis / dinte	75000	100%	60%	40%
5.5	Tratamentul aftei bucale / sedinta	30000	100%	-	-
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor / sedinta	45000	100%	60%	40%
5.7	Detartraj manual supra si subgingival / dinte	30000	100%	60%	40%
5.8	Detartraj mecanic supra si subgingival / dinte	40000	100%	60%	40%

6	Tratamente chirurgicale buco – dentare				
6.1	Anestezie locala de contact	15000	100%	60%	40%
6.2	Anestezie cu infiltratie	45000	100%	60%	40%
6.3	Extractie de dinti sau resturi de dinti monoradiculari (include anestezia)	110000	100%	60%	40%
6.4	Extractie de dinti sau resturi de dinti pluriradiculari (include anestezia)	125000	100%	60%	40%
6.5	Extractie alveoloplastica (include anestezia)	165000	100%	60%	40%
6.6	Extractie cu alveolotomie (include anestezia)	185000	100%	60%	40%
6.7	Extractie dinti temporari (include anestezia)	75000	100%	-	-
6.8	Extractie la hemofilici, diabetici sau handicapati (include anestezia)	195000	100%	60%	40%
6.9	Chiuretaj alveolar	25000	100%	60%	40%
6.10	Extractie dinti parodontotici (include anestezia)	90000	-	60%	40%
6.11	Trat.hemoragiei/alveolitei postextractionale	50000	100%	60%	40%
6.12	Trat. pericoronaritelor cu decapasonare	75000	100%	60%	40%
6.13	Trat. de urgenta al plagilor buco - maxilo - faciale	135000	100%	60%	40%
6.14	Imobilizarea de urgenta a luxatiilor dentare	135000	100%	60%	40%
6.15	Imobilizarea de urgenta a fracturilor maxilare	210000	100%	60%	40%
6.16	Reducerea luxatiilor temporo - mandibulare	75000	100%	60%	40%
6.17	Control postoperator	40000	100%	60%	40%

7	Tratamente protetice				
7,1	Proteza acrilica partiala cu 1- 7 dinti*	900000	-	60%	40%
7,2	Proteza acrilica partiala cu peste 7 dinti*	1050000	-	60%	40%
7,3	Proteza acrilica totala*	1200000	-	60%	40%
7,4	Reparatie simpla proteza acrilica	120000	-	60%	40%
7,5	Reparatie +1croset (pentru fiecare croset suplimentar se adauga 30000)	120000	-	60%	40%
7,6	Reparatie + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adauga 40000)	120000	-	60%	40%
7,7	Individualizarea protezelor acrilice / sedinta	30000	-	60%	40%
7.8	Reconstituire corono-radiculara	160000	100%	-	-
7.9	Coroana acrilica	180000	100%	-	-
7.10	Coroana metalica	225000	100%	-	-

Nota : \* termenul de inlocuire a unei proteze monomaxilare este de 3 ani

8	Tratamente ortodontice				
8.1	Deconditionarea obiceiurilor vicioase (sugerea degetului, deglutitie infantila, respiratie orala) prin placuta vestibulara, vestibulo-orala si scut lingual	900000	100%	-	-
8.2 *	Deconditionarea tulburarilor functionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + barbata si capelina	1350000	100%	-	-
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exercitii cu spatula / sedinta	50000	100%	-	-
8.4 *	Aparate si dispozitive utilizate in tratamentul malformatiilor congenitale	1500000	100%	-	-
8.5	Slefuirea dintilor in scop ortodontic / dinte	45000	100%	-	-
8.6 *	Reparatie aparat ortodontic	120000	100%	-	-
8.7	Mentinatoare de spatiu mobile	1200000	100%	-	-
8.8 *	Activare aparat ortodontic / sedinta	20000	100%	-	-

Nota : actele terapeutice notate cu asterisc (\*) tin numai de competenta medicilor cu specialitate in ortodontie.

9	Activitati profilactice				
9.1	Consultatie in cadrul dispensarizarii ( include si:  - educatia pentru sanatate bucodentara - determinarea indicelui de placa bacteriana - determinarea indicilor de inflamatie parodontala )	70000	100%	100%	100%
9,2	Educatia pentru individualizarea tehnicilor de indepartare a placii bacteriene / sedinta	60000	100%	-	-
9,3	Periaj dentar profesional / sedinta	75000	100%	-	-
9,4	Clatiri bucale cu solutii fluorurate / sedinta	45000	100%	-	-
9,5	Fluorizari locale cu solutii / arcada *	50000	100%	-	-
9,6	Fluorizari locale cu lacuri / arcada **	70000	100%	-	-
9,7	Fluorizari locale cu geluri in conformatoare / arcada **	135000	100%	-	-
9,8	Sigilari ale santurilor si fosetelor cu glassionomeri / dinte ***	75000	100%	-	-
9,9	Sigilari ale santurilor si fosetelor cu materiale compozite / dinte	120000	100%	-	-
9,10	Educatie pentru deconditionarea obiceiurilor vicioase / sedinta	45000	100%	-	-
9,11	Exercitii de reeducare functionala / sedinta	50000	100%	-	-
9,12	Exercitii de miogimnastica / sedinta	50000	100%	-	-
9,13	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	45000	100%	60%	40%
9.14	Control oncologic preventiv confirmat	150000	100%	100%	100%

Nota :

\* o procedura decontata la 3 luni

\*\* o procedura decontata la 6 luni

\*\*\* o procedura decontata la 2 ani

NOTA 1: Serviciile medicale stomatologice preventive și tratamentele preventive decontate de casa de asigurări de sănătate dentiștilor sunt cele de la codurile:

1.1 ; 1.2 ; 1.3

2.1 ; 2.2 ; 2.3 ; 2.4 ; 2.5 ; 2.6

3.1 ; 3.2

4.5 ; 4.6

5.7 ; 5.8

9.1 ; 9.2 ; 9.3 ; 9.4 ; 9.5 ; 9.6 ; 9.7 ; 9.8 ; 9.9 ; 9.10 ; 9.11 ; 9.12 ; 9.13.

NOTA 2: Codurile pentru urgență sunt următoarele:

3.1

4.1 ; 4.2

5.1 ; 5.6

6.11 ; 6.12 ; 6.13 ; 6.14 ; 6.15 ; 6.16

7.4 ; 7.5 ; 7.6

8.6

Tarifele din anexă reprezintă tarifele pentru medicii specialiști.

Pentru medicii stomatologi tarifele din anexă se diminuează cu 10%, iar pentru medicii primari aceste tarife se măresc cu 20%.



## LISTA

## cuprinzând procedurile de medicină fizică și tarifele acestora

1. Consultație inițială	90.000
2. Consultație de control	60.000
3. Infiltrații peridurale	90.000
4. Mezoterapie	48.000
5. Blocaje nervi periferici	90.000
6. Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)	120.000
7. Infiltrație în structuri ale țesutului moale	60.000
8. Puncție și infiltrație intraarticulară	90.000
9. Artroscopie	180.000
10. Aplicarea unei contenții suple articulare	48.000
11. Confectionarea și/sau aplicarea unei orteze	120.000
12. Kinetoterapie de grup pe afecțiuni	22.000
13. Bilanț articular	50.000
14. Bilanț muscular	55.000
15. Întocmirea planului de recuperare	55.000
16. Galvanizare	13.500
17. Ionizare	13.500
18. Curenți diadinamici	10.000
19. Trabert	10.000
20. TENS	10.000
21. Hufschmidt	19.000
22. Alte forme de electroterapie de joasă frecvență	10.000
23. Curenți interferențiali	13.500
24. Stereofrem	13.500
25. Myodinaflux	13.500
26. Diafrem	13.500
27. Alte forme de electroterapie de medie frecvență	13.500
28. Unde scurte	13.500
29. Microunde	13.500
30. Diapuls	20.000
31. Ultrasunet	13.500
32. Ultrasunet în apă	13.500
33. Sonodynator	13.500
34. Magnetoterapie	10.000
35. Laser-terapie	10.000
36. Solux	9.500
37. Baie de lumină — parțială	10.000
38. Baie de lumină — generală	13.000
39. Ultraviolete	9.500
Stimulări electrice:	
40. curenți cu impulsuri rectangulare	15.500
41. curenți cu impulsuri exponențiale	15.500
42. Con tracția izometrică electrică	15.500
43. Stimulare electrică funcțională	18.500
44. Biofeedback	25.000
45. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)	13.000
46. Băi de plante	13.000
47. Băi de dioxid de carbon și bule	13.000

48. Baie cu peria	13.000
49. Halbbad	13.000
50. Whirpool	17.000
51. Băi de nămol	13.000
52. Băi Stanger	19.500
53. Mofete naturale	4.000
54. Mofete artificiale	6.500
55. Băi alternante parțiale	9.000
56. Băi parțiale ascendente (Hauffe)	10.500
57. Băi de șezut	9.000
58. Băi galvanice	16.000
59. Duș subacval	18.000
60. Duș scoțian	15.000
61. Duș masaj	23.500
62. Afuziuni alternante	12.000
63. Irigații vaginale	10.000
64. Duș manta	5.500
65. Duș de șezut	5.500
66. Duș filiform	10.000
67. Aplicații cu parafină	14.000
68. Băi sau pensulații cu parafină	12.000
69. Împachetare generală cu nămol	6.500
70. Împachetare parțială cu nămol	6.500
71. Tampoane vaginale cu nămol	10.500
72. Băi hiperterme + împachetare uscată	33.000
73. Saună	15.000
74. Crioterapie (masaj cu gheață)	13.000
75. Masaj regional	15.000
76. Masaj segmentar	11.000
77. Masaj reflex	10.000
78. Limfmasaj	32.000
79. Masaj pneumatic al extremităților (Angiomat și Leg pump)	14.000
80. Masaj vacuumatic	14.000
81. Masaj vibrator	8.000
82. Aerosoli individuali	13.000
83. Respirație în presiune pozitivă	16.500
84. Pulverizație cameră	8.000
85. Drenaj bronșic + vibromasaj	16.000
86. Hidrokinetoterapie individuală generală	26.000
87. Hidrokinetoterapie parțială	15.000
88. Kinetoterapie individuală	27.000
89. Tracțiuni vertebrale și articulare	14.500
90. Manipulări vertebrale	21.000
91. Manipulări articulații periferice	12.000
92. Kinetoterapie cu aparatură specială: covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac de vâslit	10.500

N.B.: Costurile pentru aceste servicii care se acordă în asistența ambulatorie în unități speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice se suportă din fondurile de asigurări sociale de sănătate aferente serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri pe zi), după care bolnavul plătește integral procedurile.

**LISTA DISPOZITIVELOR 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	REPAR. DA/NU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Proteza auditivă ptr. hipoacuzii usoare-medii	a. Retroauriculară b. Intraauriculară	amplificare: 0,,,50 dB nivel maxim: 110 +/- 5 dB	Da Da	* *
2	Proteza auditivă ptr. hipoacuzii medii-severe	a. Retroauriculară b. Intraauriculară	amplificare: 0,,,60 dB nivel maxim: 120 +/- dB	Da Da	* *
3	Proteza auditivă ptr. hipoacuzii severe și profunde	Retroauriculară	amplificare: 0,,, >60 dB nivel maxim: >130 dB	Da	*
4	Proteza fonatorie	Vibrator laringian <i>Shunt - Ventile</i>	nivel maxim: >90 dB se recomandă ptr. laringectomii totale sau parțiale <i>se compune din proteza vocală; dispozitiv ptr. umidifiere și emolieră a aerului inspirat; canula se recomandă pentru laringectomii totale</i>	Da Nu	* 2/an

\* termenul de înlocuire este de 5 ani pentru adulți  
se înlocuiește sau se repară ori de câte ori este nevoie, pentru copii

**B. Dispozitive pentru protezare stomii**

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DA/NU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a. sac colector pentru colostomie  b. sac colector pentru ileostomie  c. sac colector pentru urostomie	cu adeziv cu sau fără dispozitiv de evacuare cu sau fără dispozitiv de închidere cu sau fără filtru  cu adeziv cu dispozitiv de evacuare cu sau fără dispozitiv de închidere cu sau fără filtru  cu adeziv cu dispozitiv de evacuare cu sau fără dispozitiv de închidere cu sau fără valvă de reținere	Nu  Nu  Nu	30/lună  30/lună  15/lună

C1	C2	C3	C4	C5	C6
	<b>B. Sistem stomic cu doua componente</b>	a. pentru colostomie: flansa suport si sac colector  b. pentru ileostomie flansa suport si sac colector  c. pentru urostomie flansa suport si sac colector	cu adeziv  cu sau fara dispozitiv de evacuare cu sau fara dispozitiv de inchidere cu sau fara valva de retinere  cu adeziv  cu dispozitiv de evacuare cu sau fara dispozitiv de inchidere cu sau fara valva de retinere  cu adeziv  cu dispozitiv de evacuare cu sau fara dispozitiv de inchidere cu sau fara valva de retinere	Nu Nu  Nu Nu  Nu Nu	1 set/luna   1 set/luna

**Nota:** un set de referinta este alcatuit din 4 flanse suport si 15 saci colectori;

In situatii speciale, la recomandarea medicului specialist, componenta setului de referinta poate fi modificata, in limita pretului de referinta decontat lunar pentru un set de referinta;

Observatie: se va prescrie doar unul din sisteme A. sau B., pentru fiecare tip

#### C. Dispozitive pentru incontinenta urinara

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DA/NU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Condom urinar		se executa din cauciuc natural cu evacuare	Nu	30/ luna
2	Sac colector de urina		1500ml, 2000ml cu tub de admisie cu sau fara tub de evacuare cu sau fara dispozitiv de drenaj cu adaptor cu sau fara valva de retinere cu sau fara dispozitiv de aerare cu gradatie	Nu	6/ luna
3	Sonda Foley		de diverse dimensiuni cu 2 cai se executa din cauciuc natural sau sintetic cu balonas gonflabil pentru fixare	Nu	2/ luna

## D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DA/NU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	<b>Proteza partiala de picior</b>	a) LISEFRANC b) CHOPART c) PIROGOF	se recomanda pentru amputatia metatarsienelor picior cu sprijin pe gamba cu manson se recomanda pentru amputatia la nivelul tarsienelor picior cu sprijin pe gamba cu manson se recomanda pentru amputatia astragalului picior cu sprijin pe gamba cu manson	DA DA DA	* * *
2	<b>Proteza pentru dezarticulatia de glezna</b>	SYME	articulatie fixa sau mobila la glezna se recomanda pentru amputatia membrului inferior la nivelul articulatiei gleznei	DA	*
3	<b>Proteza de gamba</b>	a) conventionala, din material plastic, cu contact total b) conventionala, din piele c) geriatrica d) modulara	se fixeaza prin intermediul unei mansete sau bratari articulatie fixa sau mobila la glezna se fixeaza cu siret sau curele articulatie fixa sau mobila la glezna se recomanda pentru orice tip de bont picior din material plastic, glezna din lemn, gamba din rasina artificiala manson din plastic / piele prindere cu butoni sau sireturi se recomanda ptr. persoane in varsta, cu conditie fizica precara, in cazul in care bontul isi modifica volumul ; contracturi de max. 30 grade manson elastic intern supracondiliar acoperit de un manson rigid din rasina structura tubulara metalica din duraluminiu, otel sau titan care asigura sprijinul mansonului si al labei piciorului laba picior cu articulatie fixa/mobila de glezna se recomanda pentru amputatii pana la nivelul 1/3 medii superioare	DA DA DA DA	* * * **
4	<b>Proteza pentru dezarticulatia de genunchi</b>	modulara	manson elastic acoperit de un manson rigid din rasina structura tubulara metalica din duraluminiu, otel sau titan care asigura sprijinul intre articulatia genunchiului si a labei piciorului articulatia genunchiului mobila laba picior cu articulatie fixa de glezna	DA	**

C1	C2	C3	C4	C5	C6
5	<b>Proteza de coapsa</b>	a) pilon b) combinata c) din plastic d) cu vacuum e) <i>geriatrica</i> f) <i>modulara</i> g) <i>modulara cu vacuum</i>	nu are in componenta piciorul si articulatia gleznei poate avea in componenta articulatia genunchiului libera sau blocata manson din plastic/plele; <i>manson gamba din plastic</i> articulatie fixa sau mobila la glezna articulatie <i>fixa/libera</i> la genunchi prinderea se face cu siret sau curele trohander din piele sau metalic se executa din material plastic articulatie fixa sau mobila la glezna articulatie de genunchi libera sau blocata prinderea se face cu cordon din piele trohander din piele sau metalic se executa din material plastic si lemn de tei articulatie fixa sau mobila la glezna articulatie de genunchi libera sau blocata fixare de sold prin curele ptr. bonturi f. scurte manson cu contact vacuumatic ce realizeaza prinderea pentru bonturi obisnuite prinderea se face cu siret sau curele trohander din piele sau metalic <i>picior din material plastic, glezna din lemn, gamba din lemn/rasina artificiala</i> <i>articulatie de genunchi libera sau blocata sinarie metalica</i> <i>manson din plastic / piele</i> <i>prindere cu butoni sau sireturi</i> <i>se recomanda ptr. persoane in varsta, cu conditie fizica precara, in cazul in care bontul isi modifica volumul ; contracturi de max. 30 grade</i> <i>manson rigid din rasina</i> <i>articulatie de genunchi mobila</i> <i>laba picior cu articulatie fixa de glezna</i> <i>sistem de curele de fixare pe sold</i> <i>structura tubulara metalica din duraluminiu, otel sau titan care asigura sprijinul intre articulatia genunchiului si a labeli piciorului</i> manson rigid din rasina cu contact vacuumatic articulatie de genunchi mobila laba picior cu articulatie fixa de glezna sistem de curele de fixare pe sold, ptr. bonturile scurte structura tubulara metalica din duraluminiu, otel sau titan care asigura sprijinul intre articulatia genunchiului si a labeli piciorului	DA DA DA DA DA DA DA DA	* * * * * * * ** **

C1	C2	C3	C4	C5	C6
6	<b>Proteza de sold</b>	a) conventionala b) modulara	se executa din piele/plastic articulatie fixa sau mobila la glezna articulatie de genunchi libera sau blocata articulatie de sold prinderea de bazin se face cu manson piele/plastic manson din rasina <i>flexibila</i> <i>articulatie de sold cu blocare</i> , poate fi din duraluminiu, <i>otel sau titan</i> articulatie de genunchi mobila; <i>poate fi din otel sau titan</i> laba picior cu articulatie fixa de glezna <i>structura tubulara metalica din duraluminiu, otel sau titan</i> <i>care asigura sprijinul intre articulatia de sold si articulatia</i> <i>de genunchi si intre articulatia de genunchi si laba</i> <i>piciorului</i> sistem de curele de fixare pe sold	DA	*
7	<b>Proteza partiala de bazin hemipelvectomie</b>	a) conventionala b) modulara	se recomanda pentru amputatia partiala a pelvisului partea care lipseste din pelvis se reconstituie din plastic sau rasina la care se fixeaza proteza de sold se executa din piele/plastic articulatie fixa sau mobila la glezna articulatie de genunchi libera sau blocata articulatie de sold prinderea de bazin se face cu manson piele/plastic manson din rasina <i>flexibila</i> <i>articulatie de sold cu blocare</i> , poate fi din duraluminiu, <i>otel sau titan</i> articulatie de genunchi mobila; <i>poate fi din otel sau titan</i> laba picior cu articulatie fixa de glezna <i>structura tubulara metalica din duraluminiu, otel sau titan</i> <i>care asigura sprijinul intre articulatia de sold si articula-</i> <i>tia de genunchi si intre articulatia de genunchi si laba</i> <i>piciorului</i> sistem de curele de fixare pe sold	DA	*
				DA	**

NOTA prima protezare: 6-12 luni

incepand de la a doua protezare:

\* 2 ani pentru adulti

\*\* 4 ani pentru adulti

se inlocuieste sau se repara ori de cate ori este nevoie, pentru copii

## E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. D/ANU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Proteza partiala de mana	functionala simpla functionala	manusa cu fermoar si degete rigide, din P.V.C. sistem de apucare cu degete rigide	DA DA	* *
2	Proteza de dezarticulatie de incheietura a mainii	functionala simpla functionala	mana de proteza simpla din P.V.C. cu degete fixe sau mobile a. actionata prin cablu mana mecanica cu tractiune prin cablu/arc manson din rasina ham de actionare manusa estetica din P.V.C. b. mioelectrica mana electrica actionata mioelectric articulatie de pumn fixa manson din rasina manusa estetica	DA DA	* *
3	Proteza de antebrat	functionala simpla functionala	mana de proteza simpla din P.V.C. manson din rasina /plastic degete fixe a. actionata prin cablu mana mecanica cu tractiune prin cablu ham de actionare manson din piele montat pe manson din plastic/rasina b. actionata prin cablu de lucru mana mecanica HOOK cu tractiune prin cablu/arc ham de actionare manson din piele	DA DA	* *
4	Proteza de dezarticulatie de cot	functionala simpla	c. mioelectrica cu supino-pronatie pasiva mana electrica actionata mioelectric articulatie de pumn pasiva manson rasina/manusa estetica d. mioelectrica cu supino-pronatie activa comandata mioelectric mana electrica actionata mioelectric articulatie de pumn electrica comandata mioelectric manson rasina/manusa estetica mana de proteza simpla din P.V.C. ham de purtare articulatie pasiva de cot manson rasina/plastic	DA DA	** **



C1	C2	C3	C4	C5	C6
		functionala	<p>a. actionata prin cablu mana mecanica cu tractiune prin cablu/arc ham de actionare si purtare manson din rasina/plastic articulatie de cot mecanica cu blocare</p> <p>b. actionata prin cablu de lucru mana mecanica HOOK cu tractiune prin cablu/arc manson din piele ham de actionare si actionare articulatie de cot mecanica cu blocare</p> <p>c. atipica electrica cu articulatie de cot mecanica cu blocare mana electrica actionata cu microcontacte</p> <p>d. mioelectrică cu articulatie de cot mecanica cu blocare articulatie de pumn pasiva mana electrica actionata mioelectric</p>	DA	*
5	Proteza de brat	<p>functionala simpla</p> <p>functionala</p>	<p><i>mana de proteza simpla din P.V.C.</i> ham de purtare articulatie pasiva de cot manson rasina/plastic</p> <p>a. actionata prin cablu mana mecanica cu tractiune prin cablu/arc ham de actionare si purtare manson de rasina/plastic articulatie de cot mecanica cu blocare cu sau fara manusa in functie de mana mecanica</p> <p>b. actionata prin cablu de lucru mana mecanica HOOK cu tractiune prin cablu/arc ham de actionare si actionare articulatie de cot mecanica cu blocare manson din piele</p> <p>c. atipica electrica cu articulatie de cot mecanica cu blocare pasiva mana electrica actionata cu microcontacte articulatie de pumn pasiva</p> <p>d. mioelectrică cu articulatie de cot mecanica cu blocare activa articulatie de pumn pasiva mana electrica actionata mioelectric ham de purtare articulatie de cot mecanica cu blocare activa manson rasina/manusa estetica</p>	DA	*

C1	C2	C3	C4	C5	C6
6	<b>Proteza de dezarticulare de umar</b>	functionala simpla  functionala	mana de proteza simpla din P.V.C. ham de purtare articulatie pasiva de cot mansoa rasina/plastic a. actionata prin cablu mana mecanica cu tractiune prin cablu/arc ham de actionare si purtare mansoa de rasina/plastic articulatie de cot mecanica cu blocare cu sau fara mansoa in functie de mana mecanica b. atipica electrica cu articulatie de cot si supino-pronatie pasiva mana electrica actionata cu microcontacte articulatie de cot mecanica cu blocare mansoa rasina/manusa estetica	DA  DA	*  *
7	<b>Proteza pentru amputatie inter-scapulo - toracica</b>	functionala simpla  functionala	mana de proteza simpla din P.V.C. ham de purtare articulatie pasiva de cot partea care lipseste din centura scapulara se reconstituie din plastic sau rasina, la care se fixeaza proteza de umar mansoa rasina/plastic a . actionata prin cablu mana mecanica cu tractiune prin cablu/arc ham de actionare si purtare mansoa de rasina/plastic articulatie de cot mecanica cu blocare partea care lipseste din centura scapulara se reconstituie din plastic sau rasina, la care se fixeaza proteza de umar cu sau fara mansoa in functie de mana mecanica b. atipica electrica cu articulatie de cot si supino-pronatie pasiva mana electrica actionata cu microcontacte articulatie de cot mecanica cu blocare partea care lipseste din centura scapulara se reconstituie din plastic sau rasina, la care se fixeaza proteza de umar mansoa rasina/manusa estetica	DA  DA	*  *

**Observatii: Protezele mioelectrice se pot recomanda numai persoanelor cu ambele membre lipsa**

NOTA \* 2 ani pentru adulti

\*\* 8 ani pentru adulti

se inlocuieste sau se repara ori de cate ori este nevoie, pentru copii

## F. Mijloace si dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DA/NU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Baston		metalic reglabil	NU	3ani
2	Baston	cu trei / patru picioare	metalic fix sau reglabil	NU	3ani
3	Carja de lemn	cu sprijin subaxial	fixa sau reglabila	NU	1an
4	Carja metalica	cu sprijin subaxial	fixa sau reglabila	NU	3ani
5	Cadru de mers	cu sprijin pe antebrat	fixa sau reglabila	NU	3ani
6	Fotoliu rulant cu antrenare manuala	asistat neasistat	fix sau reglabil rigid sau pliabil cu sau fara roti de interior sau de exterior rigid sau pliabil demontabil sau nedemontabil actionare directa bimanuala a rotilor din spate sau din fata conducere prin levier sau volan bimanuala conducere monolaterala( cu mana stanga sau dreapta) propulsie cu piciorul	DA	5ani
7	Fotoliu rulant triciclu pentru copii		metalic actionare cu pedale sisteme de fixare a picioarelor si a toracelui	DA	5ani
8	Fotoliu rulant cu antrenare electrica			DA	5ani

G. Orteze  
G.1 Orteze pentru coloana vertebrala

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DANU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Orteze cervicale	a) colar b) Philadelphia / Minerva c) Schanz	se executa din diverse materiale dimensiuni diferite pentru imobilizarea coloanei cervicale <i>inconjura intregul sau o parte a regiunii cervicale</i> se executa din diverse materiale dimensiuni diferite diverse sisteme de fixare pentru imobilizarea coloanei cervicale <i>inconjura intregul sau o parte a regiunii cervicale</i> se executa din diverse materiale dimensiuni diferite diverse sisteme de fixare pentru imobilizarea coloanei cervicale <i>inconjura intregul sau o parte a regiunii cervicale</i>	NU NU NU	12luni 12luni 12luni
2	Orteze cervicotoracice		se executa din diverse materiale diverse sisteme de fixare diverse marimi <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor cervicale si toracica</i>	NU	12luni
3	Orteze toracolombosacrale	a) corset Cheneau b) corset Boston c) corset Euroboston	material moale cu suport elastic cu intarituri din material dur sau materiale plastice termoformabile cu pelote de corectie unele modele prezinta benzi elastice intaritoare se pot ajusta <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i> material plastic /material termoformabil cu pelote de corectie unele modele prezinta benzi elastice intaritoare se pot ajusta <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i> material plastic /material termoformabil cu pelote de corectie unele modele prezinta benzi elastice intaritoare se pot ajusta <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU NU NU	12luni 12luni 12luni

C1	C2	C3	C4	C5	C6
		d) corset Milwaukee	material moale cu suport elastic prezinta intaritari din material dur/material plastic unele modele prezinta benzi elastice intaritoare se pot ajusta <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	12luni
		e) corset Hessing	material moale cu suport elastic prezinta intaritari din material dur unele modele prezinta benzi elastice intaritoare se pot ajusta <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	12luni
		f) de hiperextensie	material moale cu suport elastic cu intaritari din material dur sau materiale termoformabile se pot ajusta limiteaza miscarile laterale sau de rotatie a torsului datorita celor trei puncte de sprijin lombar, toracic si pelvian <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	12luni
		g) de hiperextensie modulara	materiale usoare, neoxidabile se pot ajusta limiteaza miscarile laterale sau de rotatie a torsului datorita celor trei puncte de sprijin lombar, toracic si pelvian <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor toracala lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	2 ani
		h) corset Lyonnais	material moale cu suport elastic sau materiale plastice se pot ajusta prezinta intaritari din material dur <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor cervicala toracala, lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	12luni
		i) de hiperextensie in trei puncte ptr. scolioza	material moale cu suport elastic si intaritari din material dur sau materiale termoformabile prezinta pelote de corectie se pot ajusta limiteaza miscarile datorita celor trei puncte de sprijin <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor cervicala toracala, lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	12luni
4	Orteze lombosacrale		din microfibra, termoneopren sau material moale cu suport elastic prezinta intaritari din material dur unele modele prezinta benzi elastice intaritoare se pot ajusta <i>inconjura intregul sau o parte a regiunilor lombara si sacro-iliaca ale trunchiului</i>	NU	12luni

C1	C2	C3	C4	C5	C6
5	Orteze sacro - iliace		din microfibră, termoneopren sau material moale cu suport elastic se executa din diverse materiale diverse sisteme de fixare se pot ajusta inconjoara intregul sau o parte a regiunii sacro-iliace a trunchiului	NU	12 luni
6	Orteze cervicotoracolumbosacrale	corset Stagnara	schelet metalic reglabil cu sistem de inchidere carcasa zonei pelvine din material plastic pelote de corectie din spuma poliuretanică se recomanda ptr. deformatii scoliotice inconjoara intregul sau o parte a regiunilor cervicala toracica, lombara si sacro-iliaca ale trunchiului	NU	2 ani

## G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DA/NU	TERM. INLOC. C6
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Orteze de deget		piele sau material textil cu suport elastic; cu insertii ptr. intarire dimensiuni diferite se recomanda pentru recuperare inconjoara intregul sau o parte a degetului	NU	12luni
2	Orteze de mana	cu mobilitatea/fixarea degetului mare  dinamica	material moale, cu suport elastic, cu insertii ptr. intarire dimensiuni diferite pentru mana stanga/dreapta se recomanda pentru recuperare inconjoara intregul sau o parte a mainii se recomanda pentru recuperare inconjoara intregul sau o parte a mainii	NU	12luni
3	Orteze de incheietura mainii - mana	dinamica	se pot folosi impreuna cu celelalte orteze ptr. mana piele sau material textil, atelate cu imobilizator pentru incheietura mainii se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia incheieturii mainii si mana	NU	12luni
4	Orteze de incheietura mainii - mana - deget		microfibră, poliester sau material moale, cu suport elastic, cu insertii ptr. intarire se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia mainii, mana si unul sau mai multe degete	NU	12luni
5	Orteze de cot	cu atela/fara atela	termoneopren sau material moale cu suport elastic unele prezinta intariri rigide se modifica in functie de grosimea bratului diverse modele se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia cotului	NU	12luni

C1	C2	C3	C4	C5	C6
6	Orteze de cot - incheietura mainii - mana		material moale cu suport elastic, termoneopren se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia cotului, incheieturii mainii si mana	NU	12luni
7	Orteze de umar		termoneopren, material moale cu suport elastic dimensiuni diferite pentru mana stanga/dreapta se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia umarului	NU	12luni
8	Orteze de umar - cot		termoneopren, material moale cu suport elastic dimensiuni diferite pentru mana stanga/dreapta se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia umarului si cotului	NU	12luni
9	Orteze de umar - cot- incheietura mainii - mana		termoneopren, material moale cu suport elastic dimensiuni diferite pentru mana stanga/dreapta se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatiile umarului, cotului, incheieturii mainii cat si mana	NU	12luni

## G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPAR. DANU	TERM. INLOC.
				C5	C6
1	Orteze de picior	C3	inconjoara intregul sau o parte a piciorului termoneopren sau material textil cu suport elastic se recomanda pentru recuperare	NU	12luni
2	Orteze pentru glezna - picior	fixa/mobila	termoneopren, material moale cu suport elastic cu sistem de inchidere tip velcro se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia gleznei si intregul sau o parte a piciorului	NU	12luni
3	Orteze de genunchi	mobila	termoneopren, material moale cu suport elastic diverse modelele cu intarituri rigide, fixe sau cu articulatie ce permit fixarea ortezei la extensii si flexii de diferite grade se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia genunchiului	NU	12luni
		fixa	termoneopren, material moale cu suport elastic cu intarituri rigide, fixe se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia genunchiului	NU	12luni
		Balant	se executa din piele si sinarie metalica, cu articulatie la genunchi prinderea se realizeaza cu curele sau siret se recomanda pentru recuperare inconjoara articulatia genunchiului	DA	2 ani

C1	C2	C3	C4	C5	C6
4	<b>Orteze de genunchi - glezna - picior</b>		termoneopren, material moale cu suport elastic cu sistem de inchidere tip velcro se recomanda pentru recuperare inconjura articulatiile genunchiului, gleznei si piciorului se executa din piele si sinarie metalica, cu articulatie libera sau blocata la glezna sau fixeaza de gheata ortopedica pentru fracturi de tibia si peroneu inconjura articulatiile genunchiului, gleznei si piciorului doua tije metalice fixarea se realizeaza pe picior cu bratari din piele, cu armaturi metalice se fixeaza pe incaltaminte se recomanda ptr.paralizia sciaticului se executa din piele si sinarie metalica, cu articulatie libera sau blocata la genunchi piciorul si glezna se executa din lemn cu talpa din poliuretana fixarea se realizeaza cu saret pentru malformatii congenitale ale membrului inferior	NU  DA  DA	12luni  2 ani  2 ani
5	<b>Orteze de sold</b>	pentru scurtarea membrului pelvin	termoneopren, material moale cu suport elastic cu sistem de inchidere tip velcro se recomanda pentru recuperare inconjura articulatia soldului	NU	12luni
6	<b>Orteze sold - genunchi</b>		termoneopren, material moale cu suport elastic cu sistem de inchidere tip velcro se recomanda pentru recuperare inconjura articulatiile genunchiului si soldului	NU	12luni
7	<b>Orteze de sold - genunchi - glezna - picior</b>		termoneopren, material moale cu suport elastic cu sistem de inchidere tip velcro se recomanda pentru recuperare inconjura articulatiile soldului, genunchiului, gleznei si piciorului	NU	12luni
8	<b>Orteze pentru luxatii de sold congenitale la copii</b>	a) ham Pavlik b) de abductie c) Dr. Fettwies d) Dr.Behrens	se executa din curele din piele panza,buretele sunt fixate cu chinga textila pentru copii de la 6 la 15 luni module pentru 4 marimi, usor de asamblat igienizare usoara ptr. abductie se foloseste o tija reglabila hamul de purtare permite reglarea flexiei picioarelor in diferite unghiuri ptr.tratam. luxatiei de sold pana la tipul III ptr. abductie se foloseste o tija reglabila	NU  NU  NU	*  *  *



C1	C2	C3	C4	C5	C6
		e) Becker f) Dr. Bernau	doua marimi pentru 0-6 luni, 6-12 luni combina tratamentul luxatiei congenitale de sold cu flexia soldului mai mare de 90 grade modulele fixeaza picioarele, iar cu ajutorul corzilor se regleaza unghiul flexiei o bara reglabila permite pozitionarea corecta a abductiei	NU NU	*
9	Orteze corectoare de statica a piciorului	<i>sustinatori plantari</i>  Pes Var/Valg  Hallux-Valgus	se executa din pluta / duraluminiu / <i>polimer</i> se folosesc pentru platfusa gradele I si II. Pinteni calcanieri si scurtari foarte mici  se pot executa din diversi polimeri: poliamide, poliuretani, polimeri vascoelastici, cauciuc, etc. diverse marimi banda textila usoara si flexibila marimi universale pentru piciorul drept / stang	NU NU NU	** 12luni 12luni

\* ori de cate ori este nevoie

\*\* 6luni pentru adulti, pentru talonetele din pluta / polimer  
12 luni pentru adulti, pentru talonetele din duraluminiu  
ori de cate ori este nevoie, ptr. copii

## H. Incaltaminte ortopedica

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPARABIL DA/NU	TERM. INLOC.
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Ghete	diformitati si amputatii de metatars si falange scurtari	pana la nr. 23 inclusiv mai mare de nr. 23 de la 3 cm pana la 10 cm, pana la nr. 23 inclusiv de la 3 cm pana la 10 cm, mai mare de nr. 23 peste 10 cm, pana la nr. 23 inclusiv peste 10 cm, mai mare de nr. 23	C5 DA DA DA DA DA DA	* * * * * * *
2	Pantofi	diformitati si amputatii de metatars si falange scurtari	pana la nr. 23 inclusiv mai mare de nr. 23 pentru scurtari pana la 8 cm, pana la nr. 23 inclusiv pentru scurtari pana la 8 cm, mai mare de nr. 23	DA DA DA DA	* * * *

\* se va prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi:  
la 6 luni pentru adulti;  
ori de cate ori este nevoie, ptr. copii, in perioada de crestere( cu monitorizarea perioadei de crestere)

## I. Dispozitive pentru deficiente vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII	REPARABIL DA/NU	TERM. INLOC. C6
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	Cristalin artificial	ptr. camera anterioara ptr. camera posterioara	Filtru UV Filtru UV	NU	*
2	Proteza oculara	ptr. copii		NU	**

\* Intervalul intre doua protezari ale aceluiași asigurat va fi mai mare de 1 an.

\*\* Se acorda doar pentru copii, ori de cate ori este nevoie.

Casa de asigurări de sănătate .....

## C E R E R E

**pentru acreditarea furnizorilor de dispozitive medicale destinate corectării  
și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice**

Către

Casa de asigurări de sănătate .....

În baza Legii nr. 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate,

subsemnatul .....  
(numele și prenumele reprezentantului legal)

solicit acreditarea ca furnizor de dispozitive medicale

.....  
(numele și adresa sediului social)cu punctele de lucru: 1).....  
(adresa)2).....  
(adresa)

Obiectul de activitate: .....

Anexez următoarele documente:

- copie de pe actul constitutiv (statut și/sau contract de societate) al furnizorului;
- copie de pe dovada înmatriculării furnizorului-societate comercială la oficiul registrului comerțului, codul fiscal;
- dovada existenței sediului social și a sediilor secundare;
- numele, profesia și domiciliul reprezentantului legal al furnizorului;
- avizul Ministerului Sănătății și Familiei, ca furnizor de dispozitive medicale;
- extras de registru eliberat de oficiul registrului comerțului;
- autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății și Familiei.

Data .....

Semnătura .....

Casa de asigurări de sănătate .....

**CERTIFICAT DE ACREDITARE**

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

În conformitate cu Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 2001, aprobat prin hotărâre a Guvernului, în baza documentației înaintate și a condițiilor de acreditare, Casa de asigurări de sănătate .....

..... acreditează furnizorul de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice .....

(numele, adresa sediului social, telefon, fax)

cu punctele de lucru: 1) .....  
(adresa)

2) .....  
(adresa)

reprezentat de .....  
(numele și prenumele reprezentantului legal)

Valabilitatea certificatului de acreditare: 31 decembrie 2001.

Data emiterii .....

*Director general,*

.....

---

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI – CAMERA DEPUTAȚILOR**

---

Regia 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  
și nr. 5069427282 Trezoreria sector 5, București (alocat numai persoanelor juridice bugetare).

Adresa pentru publicitate : Centrul pentru relații cu publicul și agenții economici, București,  
șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, telefon 411.58.33.

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

---