



MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul XII — Nr. 234

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 29 mai 2000

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
	HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI
399.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2000 1-8

HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2000

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

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

Art. 2. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România, elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*, care se actualizează după caz. Normele se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății, Ministerului Finanțelor și Ministerului Justiției, și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 3. — Serviciile medicale, serviciile farmaceutice și dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale, servicii farmaceutice și dispo-

zitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Transporturilor, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 4. — (1) Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate sunt reglementate prin acte normative în vigoare, precum și prin contractul-cadru aprobat potrivit prezentei hotărâri.

(2) Ministerul Sănătății, autoritate centrală de stat în domeniul asigurării, promovării și ocrotirii sănătății populației, supraveghează respectarea legislației în domeniu pentru garantarea dreptului la asistență medicală, colaborând în acest scop cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, Colegiul

Farmacivilor din România, autoritățile publice locale și cu alte instituții abilitate.

Art. 5. — Asigurarea calității serviciilor medicale constituie o obligație a furnizorilor de servicii medicale. Aceasta constă în respectarea criteriilor privind calitatea asistenței medicale, elaborate de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobate prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România.

Art. 6. — Ordinele și normele emise pentru aplicarea contractului-cadru potrivit prezentei hotărâri se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 7. — Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte de furnizare de servicii medicale, farmaceutice, dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

Art. 8. — (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2000.

(2) Până la intrarea în vigoare a contractului-cadru pentru anul 2000 rămân aplicabile dispozițiile Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU

MUGUR CONSTANTIN ISĂRESCU

Contrasemnează:

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Alexandru Ciocâlțu

p. Ministru de stat, ministrul sănătății,
Irinel Popescu,
secretar de stat

Ministrul muncii și protecției sociale,
Smaranda Dobrescu

Ministrul finanțelor,
Decebal Traian Remeș

București, 18 mai 2000.
Nr. 399.

ANEXĂ

CONTRACT-CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2000

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. — Furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice sunt obligați:

a) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

b) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală; prima prezentare în urgență a copilului bolnav sau a gravidei în localitatea de reședință conduce la înscrierea acestora pe lista medicului de familie. Consultațiile ulterioare, cu excepția urgențelor, se acordă doar cu dovedirea calității de asigurat și cu respectarea prevederilor contractului-cadru;

c) să respecte criteriile medicale de calitate, conform legii;

d) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care sunt furnizate;

e) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

f) să raporteze activitatea desfășurată în conformitate cu legislația în vigoare și cu prevederile normelor de aplicare a prezentului contract-cadru. Nerespectarea termenelor de raportare o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii;

g) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile primite de la casele de asigurări de sănătate, în baza contractelor încheiate;

h) să accepte verificarea din partea caselor de asigurări de sănătate și a colegiului județean al medicilor a activității contractate, a calității serviciilor medicale furnizate și a eficienței utilizării fondurilor primite de la casele de asigurări de sănătate.

Art. 2. — Furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării funcționale ori corectării unor deficiențe fizice au următoarele drepturi:

a) să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale și despre orice schimbări în modul de funcționare și de acordare a acestora;

b) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate de casele de asigurări de sănătate;

c) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței și eficacității actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Art. 3. — Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorilor de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice;

b) să verifice prescrierea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;

c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, conform contractelor încheiate cu aceștia;

d) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale și farmaceutice, în baza contractelor încheiate de aceștia cu casele de asigurări de sănătate, și să respecte termenele de raportare stabilite de

Casa Națională de Asigurări de Sănătate; această obligație revine președintelui casei de asigurări de sănătate, în calitate de ordonator secundar de credite;

e) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice contravaloarea serviciilor contractate și prestate către asigurați, pe baza actelor necesare în acest scop, care se stabilesc prin norme;

f) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

g) la contractarea serviciilor medicale să aibă în vedere cheltuielile pentru educația medicală continuă ce urmează să se efectueze de către furnizorii de servicii medicale;

h) să accepte un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;

i) să organizeze un sistem de asigurare pentru răspundere civilă a furnizorilor de servicii medicale;

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 281/1993 cu privire la salarizarea personalului din unitățile bugetare;

k) să informeze furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice asupra condițiilor de contractare;

l) să furnizeze datele de identificare a persoanelor asigurate, la solicitarea Ministerului Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform ordinului ministrului sănătății.

Art. 4. — Asigurații au dreptul:

a) la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare și la dispozitive medicale. Nu se decontează de către casele de asigurări de sănătate următoarele servicii:

— servicii de sănătate acordate în caz de risc profesional: boli profesionale sau accidente de muncă;

— servicii medicale de înaltă performanță, stabilite prin norme;

— unele servicii de asistență stomatologică;

— asistență medicală curativă la locul de muncă;

— servicii hoteliere cu grad înalt de confort, stabilite prin norme;

b) la îngrijire medicală, în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;

c) să își aleagă medicul, unitatea sanitară, precum și casa de asigurări de sănătate.

Art. 5. — (1) Pentru a beneficia de drepturile prevăzute de Legea nr. 145/1997, asigurații sunt obligați:

a) să se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;

b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apare o modificare în starea lor de sănătate;

c) să anunțe în termen de 5 zile medicul de familie și casa de asigurări de sănătate, atunci când apar modificări ale datelor de identitate sau modificări referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurat;

d) să se prezinte la controalele periodice stabilite prin norme;

e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului curant;

f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medical.

(2) Medicul de familie poate elimina un asigurat de pe listă, dacă acesta nu respectă prevederile alin. (1) lit. d), e) și f). În caz de litigiu, nerespectarea prevederilor lit. d),

e) și f) este supusă analizei și deciziei unei comisii paritare constituite din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai Colegiului Județean al Medicilor.

Art. 6. — Gratuitățile privind asistența medicală și medicamentele pentru categoriile de persoane ale căror drepturi sunt prevăzute de Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, de Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, cu modificările ulterioare, de art. 2 din Legea nr. 42/1990 pentru cinstirea memoriei eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, republicată, cu modificările ulterioare, precum și unele dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, prevăzute la art. 3 și 4 din 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 se suportă din Fondul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 7. — Persoanele care, potrivit Legii nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, aveau obligația să se asigure și care nu dovedesc calitatea de asigurat și plata contribuției la termenele stabilite de lege suportă integral contribuția datorată la asigurările de sănătate, inclusiv majorările de întârziere calculate începând cu data intrării în vigoare a acestei legi — măsură care va fi pusă în aplicare de casele de asigurări de sănătate.

Art. 8. — În cazul în care furnizorii de servicii medicale nu pot acorda asistență medicală tuturor asiguraților trimiși de medicul de familie sau de medicul de specialitate, se întocmesc liste de așteptare, în ordinea solicitărilor, cu excepția urgențelor.

Art. 9. — Litigiile apărute ca urmare a nerespectării sau aplicării necorespunzătoare a prevederilor legale privind asigurările sociale de sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj constituită conform art. 85 și 87 din Legea nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, cu excepția cazurilor expres prevăzute de lege.

Art. 10. — Criteriile de repartizare și de utilizare a fondului de redistribuire vor fi stabilite prin norme elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu informarea Ministerului Sănătății și a Colegiului Medicilor din România.

CAPITOLUL II

Asistența medicală primară

Art. 11. — (1) Asistența medicală primară se acordă în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, și în cabinete medicale care funcționează în structura unor unități sanitare cu personalitate juridică, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte numai cu cabinetele de asistență medicală primară organizate în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 12. — (1) Listele cuprinzând asigurații înscriși la fiecare medic de familie se depun la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al cabinetului medical din asistența medicală primară, pentru verificare și avizare. Pe lista medicului de familie se pot înscrie și asigurații pentru care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate la alte case de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract medicul de familie. Până la verificarea și avizarea acestei liste plata se va efectua conform listei înaintate, urmând ca în termen de 3 luni să se facă regularizarea. Persoanele care nu sunt cuprinse pe lista medicului

de familie achită contravaloarea serviciilor medicale solicitate, cu excepția cazurilor prevăzute la alin. (3).

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

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

Art. 13. — Furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

a) să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților de pe lista proprie în limitele de calitate impuse de activitatea medicală. Serviciile medicale care se acordă de către medicul de familie și lista cuprinzând investigațiile paraclinice ce pot fi recomandate de către acesta sunt stabilite prin norme;

b) să respecte normele de raportare a bolilor și efectuarea vaccinărilor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

d) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscrși ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate;

e) să își stabilească programul de activitate conform prevederilor cuprinse în norme și să îl aducă la cunoștință asiguraților, casei de asigurări de sănătate și direcției de sănătate publică;

f) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

Art. 14. — Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii în asistența medicală primară sunt:

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

b) tarif pe serviciu medical.

Art. 15. — (1) Plata prin tarif pe persoană asigurată, potrivit art. 14 lit. a), se face în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul și de structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscrși pe listele proprii. Numărul de puncte în funcție de structura pe grupe de vârstă se stabilește prin norme.

(2) Numărul de puncte acordat pentru fiecare persoană înscrșă corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unui pachet de servicii medicale pe durata unui an. Pachetul de servicii medicale și condițiile în care se acordă se stabilesc prin norme.

(3) Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ea va fi regularizată trimestrial, conform normelor. Elementele de calcul se aduc la cunoștință Colegiului Medicilor din România.

Art. 16. — (1) Plata prin tarif pe serviciu medical, potrivit art. 14 lit. b), se face pentru anumite servicii și activități. Lista cuprinzând aceste servicii și activități, precum și numărul de puncte acordat pentru acestea se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ea va fi regularizată trimestrial, conform normelor. Elementele de calcul se aduc la cunoștință Colegiului Medicilor din România.

Art. 17. — Din veniturile furnizorilor de servicii medicale, realizate conform art. 15 și 16, se pot suporta:

— cheltuielile efectuate pentru investiții, dotări și alte utilități necesare înființării și funcționării cabinetelor medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare;

— cheltuielile de personal pentru medicii de familie acreditați, angajați în calitate de salariați sau de colaboratori ai furnizorilor de servicii medicale;

— alte cheltuieli prevăzute de lege.

Art. 18. — Medicii nou-veniți într-o localitate, în cabinete medicale nou-infiintate sau în cabinetele deja existente, care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, beneficiază timp de maximum 3 luni, perioadă acordată pentru întocmirea listei cuprinzând asigurații, de un venit echivalent unui salariu brut și de un buget de practică medicală, în condițiile stabilite prin norme. Plata se efectuează în limita unei cote alocate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate pentru asistența medicală primară.

Art. 19. — Pentru perioadele în care sunt absenți, medicii de familie organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

Art. 20. — (1) Pentru acordarea serviciilor medicale contractate și pentru funcționarea cabinetelor medicale furnizorilor de servicii are dreptul la un buget de practică medicală.

(2) Din bugetul de practică medicală se suportă:

a) cheltuielile de personal pentru personalul angajat, alții decât medici, pe baza criteriilor stabilite prin norme;

b) cheltuielile de administrare și de funcționare a cabinetului medical;

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

(3) Modul de calcul și condițiile acordării bugetului de practică medicală se stabilesc prin norme.

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

Art. 21. — În contractele încheiate cu unitățile sanitare cu personalitate juridică ce au în structura lor cabinete de asistență medicală primară, inclusiv dispensarele medicale fără medic, se prevede în mod distinct suma aferentă acestora, cu respectarea prevederilor art. 11 alin. (2).

Art. 22. — Fondul pentru asistența medicală primară se determină prin aplicarea unei cote procentuale asupra cheltuielilor materiale și serviciilor cu caracter medical, aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

CAPITOLUL III

Asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate

Art. 23. — Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se acordă de medicii de specialitate acreditați și de alt personal acreditat, în unități sanitare organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale.

Art. 24. — (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală de specialitate din ambulatoriu la indicația medicului de familie, cu respectarea liberei alegeri de către asigurat a medicului de specialitate acreditat, fără a fi necesar un alt aviz.

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

a) necesită tratament prespitalic, la recomandarea medicului de specialitate;

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

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

Art. 25. — (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii din asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical.

(2) Tarifele serviciilor medicale decontate de casele de asigurări de sănătate în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se stabilesc prin norme.

(3) Asigurații care se prezintă direct la medicul de specialitate acreditat fără bilet de trimitere de la medicul de familie, cu excepția cazurilor prevăzute la art. 24 alin. (2), suportă integral tarifele serviciilor medicale acordate.

Art. 26. — Medicul de specialitate din ambulatoriu are obligația să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul pacientului despre diagnosticul și tratamentele recomandate.

Art. 27. — Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate au obligația să își stabilească programul de activitate, cu respectarea condițiilor stabilite prin norme, și să îl aducă la cunoștință asiguraților și casei de asigurări de sănătate prin reprezentantul legal.

Art. 28. — Lista cuprinzând serviciile medicale de specialitate și alte activități prestate de medicul de specialitate acreditat din ambulatoriu se stabilește prin norme.

Art. 29. — (1) Serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate se acordă asiguraților în baza contractului de furnizare de servicii medicale, care se încheie între unitățile sanitare de asistență medicală de specialitate și casele de asigurări de sănătate, indiferent dacă unitatea sanitară are contract de furnizare de servicii medicale cu o altă casă de asigurări de sănătate decât cea la care s-a virat contribuția la Fondul de asigurări sociale de sănătate pentru asigurații care beneficiază de aceste servicii medicale.

(2) Spitalele care au în structura lor unități sanitare de asistență medicală ambulatorie de specialitate încheie contracte separate cu casele de asigurări de sănătate pentru acest tip de activitate, în care se prevede în mod distinct suma aferentă acestor activități.

(3) Fondul pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, luând în calcul tarifele pe serviciu medical stabilite prin norme. Până la data de 10 a fiecărei luni casele de asigurări de sănătate avansează furnizorilor pentru serviciile medicale prevăzute la alin. (1) sumele aferente lunii precedente, urmând ca la finele trimestrului, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare, să facă regularizarea sumelor cuvenite, în funcție de serviciile efectiv prestate, tarifele pe serviciu și sumele alocate în cursul trimestrului respectiv.

(5) Casele de asigurări de sănătate vor deconta medicilor din ambulatoriul de specialitate și prestațiile medicale din altă specialitate, executate de aceștia și care se află în competența lor, conform curiculei de specialitate.

CAPITOLUL IV

Servicii medicale spitalicești

Art. 30. — Asistența medicală spitalicească se realizează în cadrul unităților sanitare cu paturi pentru asistența medicală spitalicească autorizate și/sau acreditate potrivit legii, dacă tratamentul ambulatoriu sau la domiciliu nu este eficace sau dacă spitalizarea se impune potrivit diagnosticului. Durata optimă de spitalizare se stabilește prin norme.

Art. 31. — (1) Serviciile medicale spitalicești sunt:

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

(2) Lista cuprinzând aceste servicii se stabilește prin norme.

Art. 32. — (1) Serviciile medicale spitalicești au ca scop rezolvarea cazurilor internate într-o anumită perioadă de spitalizare, optimă pentru afecțiunea tratată.

(2) Continuarea tratamentului spitalicesc se poate face cu măsuri de îngrijire sau de recuperare, acordate de medic în unități ambulatorii de specialitate, prin secții cu

spitalizare de zi și/sau la domiciliu, în condiții stabilite prin norme.

Art. 33. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă prin spitalizare integrală sau parțială în spitale generale ori de specialitate, care pot avea în structura lor secții distincte pentru afecțiuni acute sau cronice, și cuprind:

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

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

Art. 34. — Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării medicului de familie acreditat sau a medicului de specialitate acreditat, precum și în cazuri de urgențe medico-chirurgicale, fără a fi necesar alt aviz.

Art. 35. — (1) Asistența medicală spitalicească se acordă în baza contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat între unitatea sanitară cu paturi pentru asistență spitalicească și casa de asigurări de sănătate.

(2) Fondul pentru asistența medicală spitalicească se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

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

(4) Sumele aferente serviciilor medicale contractate cu furnizorii din asistența medicală spitalicească au în vedere toate cheltuielile spitalului, care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate. Din aceste sume spitalul va suporta și:

a) cheltuielile făcute cu investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în ambulatoriul de specialitate al spitalului respectiv sau la alți furnizori de servicii medicale din ambulatoriu, care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate;

b) cheltuielile aferente dispensarelor medicale care, din lipsa unui medic, nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate, în condițiile stabilite prin norme.

(5) Sumele anuale aferente serviciilor medicale contractate în urma negocierii cu furnizorii din asistența medicală spitalicească se repartizează trimestrial de casele de asigurări de sănătate pe baza indicatorilor stabiliți în contractele de prestări de servicii medicale spitalicești.

Art. 36. — (1) Spitalele care au în structura lor cabinete medicale de asistență medicală primară și de ambulatoriu de specialitate încheie contracte distincte cu casele de asigurări de sănătate pentru fiecare tip de asistență medicală.

(2) Pentru asistența medicală primară și stomatologică contractele sunt valabile numai până la data de 30 iunie 2000, dată după care asistența medicală primară și stomatologică se finanțează numai în cabinetele organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 37. — Lista cuprinzând serviciile medicale de înaltă performanță, care se acoperă integral de casele de asigurări de sănătate din bugetul global al spitalelor, este stabilită prin norme.

Art. 38. — Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și însoțitorii copiilor cu handicap beneficiază de plata serviciilor hoteliere (cazare și masă) din partea casei de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 39. — (1) Asigurații suportă contravaloarea:

a) serviciilor hoteliere care au grad înalt de confort. Contribuția personală se stabilește de conducerea fiecărui spital;

b) unor servicii medicale de înaltă performanță, stabilite prin norme;

c) serviciilor medicale efectuate la cererea pacientului.

(2) Contravaloarea serviciilor medicale prevăzute la lit. b) și c) are la bază tarifele stabilite de unitatea furnizoare de servicii medicale.

Art. 40. — (1) Pentru persoanele care aveau obligația să se asigure și nu dovedesc calitatea de asigurat, inclusiv plata la zi a contribuției de asigurări sociale de sănătate, spitalele acordă asistență medicală de urgență (în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate) și anunță casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale.

(2) Spitalele sunt obligate să acorde asistență medicală persoanelor asigurate și în cazul în care pentru acestea s-a virat contribuția la o altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care spitalele au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL V

Asistența medicală ambulatorie stomatologică

Art. 41. — (1) Serviciile medicale stomatologice se acordă de medicii stomatologi, precum și de către dentiștii, acreditați conform legii, în unitățile medicale de stomatologie autorizate și/sau acreditate potrivit legii pentru acest tip de activitate medicală.

(2) După data de 30 iunie 2000 casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii medicale stomatologice numai cu cabinetele medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare, și conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările ulterioare.

(3) Unitățile ambulatorii de stomatologie în care se desfășoară și activitate de învățământ sunt finanțate din bugetul Ministerului Educației Naționale pentru activitatea didactică și din Fondul asigurărilor sociale de sănătate pentru serviciile prevăzute în norme.

Art. 42. — Serviciile medicale stomatologice cuprind servicii stomatologice preventive, corective, curative, lucrări protetice și urgențe stomatologice. Urgențele stomatologice în afara programului de lucru se asigură de medicii stomatologi printr-un sistem organizat de Colegiul județean al medicilor, cu avizul caselor de asigurări de sănătate.

Art. 43. — Serviciile medicale stomatologice preventive se suportă de casele de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute la art. 17 din Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 44. — Medicii stomatologi, precum și dentiștii au obligația să își stabilească programul de activitate și să îl aducă la cunoștință asiguraților și casei de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal.

Art. 45. — Lista cuprinzând serviciile medicale stomatologice preventive și tratamentele stomatologice decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și tarifele aferente acestora se stabilesc prin norme.

Art. 46. — (1) Tratamentele stomatologice prevăzute la art. 23 din Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare, se suportă de casele de asigurări de sănătate, astfel:

a) integral pentru copiii până la 16 ani, în condițiile prevăzute în norme;

b) 40% pentru asigurații care nu respectă indicațiile preventive;

c) 60% în cazul asiguraților care se prezintă la controalele profilactice impuse de serviciul stomatologic.

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

Art. 47. — (1) Contractarea serviciilor medicale stomatologice se realizează între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare stomatologice prin reprezentanții legali ai acestora, indiferent dacă unitatea sanitară de stomatologie are contract de furnizare de servicii medicale cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea la care s-a virat contribuția asiguratului.

(2) Fondul pentru asistența medicală stomatologică se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală ambulatorie stomatologică, luând în calcul tarifele pe serviciu stabilite prin norme. Până la data de 10 a fiecărei luni casele de asigurări de sănătate avansează furnizorilor de servicii medicale, pentru serviciile medicale prevăzute la art. 45, sumele aferente lunii precedente, urmând ca la finele trimestrului, dar nu mai târziu de data de 25 a lunii următoare, să facă regularizarea sumelor cuvenite, în funcție de serviciile efectiv prestate, tarifele pe serviciu și sumele alocate în cursul trimestrului respectiv.

Art. 48. — În tratamentele protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face prin reprezentantul legal către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

CAPITOLUL VI

Servicii medicale de urgență prespitalicești

Art. 49. — Asistența medicală de urgență se acordă în toate cazurile de îmbolnăviri care, prin dezechilibrul funcțiilor vitale, pun în pericol viața bolnavului.

Art. 50. — (1) Asistența medicală de urgență se asigură în regim de continuitate prin serviciile de ambulanță, în următoarele situații:

a) la locul accidentului sau al îmbolnăvirii;

b) în timpul transportului până la unitățile sanitare.

(2) Lista cuprinzând serviciile medicale de urgență și alte tipuri de transporturi medicale se stabilește prin norme.

Art. 51. — (1) Plata serviciilor medicale de urgență se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale, care se încheie între serviciile de ambulanță și casele de asigurări de sănătate.

(2) Fondul pentru plata serviciilor medicale de urgență se determină prin aplicarea unei cote procentuale asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

(3) Pentru solicitările abuzive (solicitări repetate și neconfirmate prin diagnostic ca urgență medicală) serviciile de ambulanță fac raportări lunare la casele de asigurări de sănătate, acestea luând măsurile ce se impun.

(4) Sumele aferente serviciilor medicale contractate cu serviciul de ambulanță au în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor contractate, care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate.

(5) Sumele anuale aferente serviciilor medicale contractate în urma negocierii cu serviciile de ambulanță se repartizează trimestrial de casele de asigurări de sănătate pe baza indicatorilor stabiliți prin norme.

CAPITOLUL VII

Servicii medicale de reabilitare a sănătății

Art. 52. — (1) Prin *servicii medicale de reabilitare a sănătății* se înțelege serviciile medicale de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie.

(2) Asigurații, alții decât cei care beneficiază de bilete de tratament balnear suportate din bugetul asigurărilor sociale de stat [cu excepția persoanelor și în condițiile prevăzute la art. 2 lit. b) din 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], au dreptul la servicii medicale de reabilitare a sănătății — recuperare, medicină fizică și/sau asistență balneoclimatică — în unități medicale de specialitate, respectiv spitale de recuperare, secții de recuperare din spitale, sanatorii balneare cu secții de recuperare pentru adulți și copii, preventorii, ambulatorii și cabinete medicale de specialitate, organizate în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale autorizate și/sau acreditate.

(3) Trimiterile în stațiunile balneoclimatice pentru asistență medicală de specialitate se fac de către medicii de specialitate sau medicii de familie pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de profil cu avizul acestora, în baza prevederilor stabilite prin norme. Lista cuprinzând serviciile medicale de reabilitare și de recuperare, inclusiv unele servicii medicale complementare și modalitatea de decontare a acestora, se stabilește prin norme.

Art. 53. — (1) Fondul pentru asistența medicală de recuperare a sănătății, medicină fizică și balneoclimatologie din stațiunile balneoclimatice pentru cabinetele medicale de specialitate, sanatorii și preventorii se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical, aprobate prin bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

(2) Sumele anuale aferente serviciilor medicale contractate în urma negocierii cu unitățile prevăzute la art. 52 alin. (2) se repartizează de casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor stabilite prin norme, ținându-se seama și de caracterul specific sezonier al activității medico-balneare.

Art. 54. — (1) Pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății și medicină fizică furnizate în unități sanitare de tip ambulatoriu casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, pe baza prevederilor cap. III. Decontarea acestor servicii medicale se face din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate.

(2) Pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății și medicină fizică, furnizate în secții de recuperare și reabilitare din spitale, precum și în spitalele speciale de recuperare-reabilitare sumele contractate cu furnizorii din asistența medicală de reabilitare a sănătății au în vedere prevederile cap. IV. Decontarea acestor servicii medicale se face din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

Art. 55. — Contribuția personală în asistența medicală de recuperare-reabilitare se stabilește prin norme.

CAPITOLUL VIII

Asistența cu medicamente în tratamentul ambulatoriu

Art. 56. — Asigurații au dreptul la medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 57. — Serviciile farmaceutice se asigură de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății, cu avizul prealabil al Colegiului Farmaciștilor din România, și acreditate potrivit legii, care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate, indiferent dacă farmacia are contract cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea la care își virează contribuția asiguratului.

Art. 58. — (1) Decontarea medicamentelor prescrise în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală se face în baza contractului de furnizare de servicii farmaceutice, încheiat între casele de asigurări de sănătate și farmacia.

(2) Fondul pentru asistența cu medicamente în tratamentul ambulatoriu se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical, aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

Art. 59. — (1) Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) 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, se elaborează de Ministerul Sănătății și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu avizul Colegiului Medicilor din România și al Colegiului Farmaciștilor din România.

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

(3) La 3 luni după publicarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman, de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală, în cazul în care aceasta nu poate fi susținută financiar sau nu corespunde nevoilor de asistență medicală, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România și Colegiul Farmaciștilor din România analizează situația și adoptă măsurile care se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului de compensare a medicamentelor.

Art. 60. — Decontarea medicamentelor prescrise în tratamentul ambulatoriu se face pe baza prețurilor de referință în vigoare la data achiziționării medicamentului de către farmacie.

Art. 61. — Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, de uz uman, se stabilește prin norme.

CAPITOLUL IX

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

Art. 62. — (1) Asigurații au dreptul la dispozitive medicale autorizate de Ministerul Sănătății, constând în: materiale sanitare, proteze, orteze, dispozitive de mers și autoservire, destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, pe baza prescripției medicale, cu sau fără contribuție personală.

(2) Lista cuprinzând dispozitivele medicale se elaborează anual de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România, ca parte integrantă a normelor.

(3) Modul de prescriere, procurare, eliberare și decontare, precum și obligațiile furnizorilor și ale beneficiarilor de dispozitive medicale se stabilesc prin norme.

(4) Dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice pot fi furnizate numai de persoane fizice sau juridice acreditate de casele de asigurări de sănătate. Persoanele fizice sau juridice acreditate se numesc furnizori acreditați. Lista cuprinzând furnizorii acreditați se stabilește de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin ordin al președintelui acesteia.

(5) Fondul pentru rambursarea cheltuielilor cu dispozitive medicale se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

CAPITOLUL X
Îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 63. — Asigurații au dreptul la asistență medicală la domiciliu, dacă este necesară și indicată de medic. Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de medicul de familie pe lista căruia figurează asiguratul, în limitele competenței acestuia, sau de medicul de specialitate, după caz, precum și de alt personal sanitar acreditat, numai la recomandare și sub control medical. Condițiile de acordare a asistenței medicale la domiciliu se stabilesc prin norme.

CAPITOLUL XI
Servicii speciale

Art. 64. — Casele de asigurări de sănătate pot contracta cu serviciile de ambulanță servicii de transport, dacă acestea sunt necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, în cazul urgențelor medicale și al cazurilor stabilite prin norme, inclusiv cu Stația Centrală de Salvare pentru prestațiile acordate bolnavilor internați în unități sanitare din București.

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

Art. 65. — (1) Lista cuprinzând serviciile medicale pentru prevenirea și depistarea precoce a bolilor care ar putea afecta dezvoltarea fizică sau mentală a copiilor, care sunt suportate de casele de asigurări de sănătate, se stabilește prin norme.

(2) Asigurații în vârstă de peste 30 de ani au dreptul la un control în fiecare an pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, conform unor standarde de control periodic stabilite prin norme:

- neoplazii;
- boli cardiovasculare;
- diabet zaharat;
- TBC;
- hepatopatii cronice;
- alte afecțiuni cuprinse în Ordinul ministrului sănătății nr. 201/1997.

Art. 66. — (1) Casele de asigurări de sănătate pot finanța programe de sănătate în condițiile art. 16 alin. (3) și ale art. 34 din Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare, în acestea nefiind incluse programele de sănătate ale Ministerului Sănătății, care se finanțează conform art. 12 lit. b) din Legea nr. 100/1998 privind asistența de sănătate publică. Fondul aferent acestor programe se determină prin aplicarea unei cote asupra cheltuielilor materiale și prestărilor de servicii cu caracter medical aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate colaborează cu direcțiile de sănătate publică și cu Ministerul Sănătății pen-

tru realizarea serviciilor preventive care se finanțează de la bugetul de stat.

(3) Din Fondul asigurărilor sociale de sănătate, prin bugetul global al unității respective, stabilit pe baza metodologiei prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aferente cap. IV, se asigură numai indemnizația clinică din activitatea de învățământ și numai plata personalului din activitatea de cercetare din spitalele cu secții clinice. Pentru activitatea de învățământ și cercetare din cadrul spitalelor cu secții clinice se alocă de la bugetul de stat, potrivit art. 92 din Legea nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare, prin bugetul Ministerului Sănătății, de la titlul „Transferuri” alineatul „Transferuri pentru acțiuni de sănătate” sume pentru acoperirea unor cheltuieli materiale stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

CAPITOLUL XIII
Informarea corespunzătoare a asiguraților

Art. 67. — În scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății asigurații sunt informați permanent despre mijloacele de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire.

Art. 68. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România și cu Colegiul Farmaciștilor din România, este obligată să folosească orice mijloc de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților.

Art. 69. — În vederea informării asiguraților Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România, va edita un extras de informare generală a asiguraților, în care sunt specificate serviciile medicale, farmaceutice și dispozitive medicale care se asigură, nivelul contribuției încasate la Fondul asigurărilor sociale de sănătate și modul de plată.

CAPITOLUL XIV
Dispoziții finale

Art. 70. — Normele metodologice de aplicare a prezentului contract-cadru vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, în termen de 15 zile de la data publicării prezentei hotărâri.

Art. 71. — (1) Sumele datorate pentru plata serviciilor medicale, farmaceutice și dispozitive medicale, furnizate în condițiile prevăzute de contractul-cadru, se recuperează de la casa de asigurări de sănătate la care asiguratul își virează contribuția.

(2) Metodologia de decontare între casele de asigurări, pentru fiecare segment al asistenței medicale, se stabilește prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

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.

Adresa pentru publicitate : Serviciul 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