



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul XIV — Nr. 98

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 4 februarie 2002

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
	ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI ALE COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA
630.	— 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 pri- vind condițiile acordării asistenței medicale spita- licești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.....
	1-48

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 630/28 decembrie 2001

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA
Nr. 4234 din 28 decembrie 2001

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate

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

- Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;
- Legii nr. 146/1999 privind organizarea, funcționarea și finanțarea spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;
- Legii nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 1.330/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate;

— Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare, emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prevăzute în anexele nr. 1—25, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2002. De la această dată își încetează aplicabilitatea prevederile referitoare la asistența medicală spitalicească, îngrijirile la domiciliu, serviciile de

urgență prespitalicești și alte tipuri de transport medical și la serviciile de recuperare-reabilitare a sănătății din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 269/79/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, publicat în Monitorul Oficial al României nr. 22 bis din 15 ianuarie 2001.

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

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
prof. univ. dr. **Eugeniu Țurlea**

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

Avizat

p. Ministrul sănătății și familiei,
Radu Deac,
secretar de stat

ANEXA Nr. 1

Condițiile acordării serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate și modalitățile de plată ale acestora

Art. 1. — Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații pentru specialitățile prevăzute în anexa nr. 2 cuprind: consultații, investigații, stabilire diagnostic, tratament medical, chirurgical și/sau fizikal-recuperator, îngrijiri, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă, recomandări la externare.

Art. 2. — Tipurile de spitalizare sunt:

a) *spitalizare continuă* — forma de internare prin care se asigură asistența medicală curativă și de recuperare pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv. În spitalizarea continuă se regăsește și spitalizarea de o zi, care presupune o rezolvare completă a cazului pe durata acestei internări; în această situație asiguratul este internat și externat în maximum 24 de ore, cu utilizarea pe durata internării a unui pat pentru un pacient;

b) *discontinuu* (de zi și săptămânală):

— *de zi*: — forma de internare prin care se administrează terapia intermitent pe toată perioada necesară soluționării cazului, pentru cazurile programabile. În această formă de spitalizare, în funcție de durata de administrare a terapiei, același pat poate fi utilizat pentru mai mulți pacienți;

— *săptămânală*: — forma de internare pentru cazurile a căror durată totală de internare este mai mare de 5 zile, iar examinările, investigațiile și actele terapeutice necesare pentru rezolvarea completă a cazului respectiv se efectuează de luni până vineri. Sâmbăta și duminica nu se desfășoară nici o activitate, perioadă în care pacientul revine în familie.

Pentru spitalizarea discontinuu spitalele organizează secții sau compartimente specializate. În cazul acestui tip de spitalizare, externarea asiguraților se face în momentul rezolvării complete a cazului.

Art. 3. — În centrele de diagnostic și tratament autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei, aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii, se acordă servicii medicale spitalicești care se decontează prin tarif pe serviciu. Aceste servicii vor face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice. Tarifele maxime pe serviciu sunt cele prevăzute în anexa nr. 3.

Art. 4. — (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se asigură în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere indicatorii cantitativi și calitativi specifici spitalelor, care sunt:

a) indicatori cantitativi:

— număr de cazuri de spitalizare continuă, din care:

• număr de cazuri de spitalizare de o zi;

— număr de cazuri de spitalizare discontinuu, din care:

• număr de cazuri de spitalizare de zi;

• număr de cazuri de spitalizare săptămânală;

— durată de spitalizare;

— număr de ședințe dializă în insuficiența renală cronică;

— numărul și tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

— număr personal, pe categorii, pentru personalul care își desfășoară activitatea în cabinetele de oncologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete de planificare familială, structuri de primire urgențe și cabinete stomatologice pentru servicii de urgență;

— număr de medici, stomatologi și farmaciști, rezidenți din anii 3—7 și stagiați, cu contract de muncă în spital;

— număr de medici și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în cadrul serviciilor publice specializate reorganizate potrivit art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000;

b) indicatori calitativi:

— gradul de complexitate a serviciilor spitalicești acordate, în funcție de morbiditatea spitalizată și de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personal de specialitate;

— infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări — infecție clinic aparentă sau asimptomatică provocată de germeni cunoscuți patogeni care se manifestă pe perioada spitalizării la un interval de timp mai mare decât incubația minimă sau la domiciliu la un interval de timp mai mic decât incubația maximă.

(2) Pentru spitalele participante la programul național de finanțare bazată pe caz (DRG), nominalizate prin ordin al ministrului sănătății și familiei, se au în vedere aceiași indicatori la care se adaugă și indicatorul cantitativ privind numărul de cazuri externate și raportate.

Art. 5. — Suma contractată de către spitale cu casele de asigurări de sănătate se compune din:

a) suma pentru servicii medicale spitalicești acordate pentru cazurile spitalizate, calculată astfel:

număr de cazuri de spitalizare x durata optimă de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

— numărul de cazuri de spitalizare/spital și secție se negociază în funcție de numărul de cazuri de spitalizare/județ stabilit ca medie a numărului de internări pe ultimii 5 ani/județ și a gradului de adresabilitate

la spitalul/secția respectivă. Numărul anual de cazuri negociat se defalchează pe trimestre.

La stabilirea numărului de cazuri contractat pe spital se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent și de volumul de servicii de îngrijiri la domiciliu subcontractat determinat ca raport între numărul de cazuri care au beneficiat de îngrijiri la domiciliu și numărul total de cazuri externate; în acest scop, începând cu data de 1 ianuarie 2002 spitalele vor ține evidența acestor indicatori;

— durata optimă de spitalizare se stabilește de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și Familiei pe secții și este valabilă pentru toate categoriile de spitale;

— tariful pe zi de spitalizare/secție este cel prevăzut în anexa nr. 4, diferențiat pe categorii de spitale, și corespunde unui grad de complexitate a serviciilor medicale furnizate determinat de dotarea spitalului/secției cu aparatură în funcțiune și de încadrarea corespunzătoare la nivel de secție cu personal de specialitate.

În cazul secțiilor din spitalele care nu corespund din punct de vedere al dotării cu aparatură în funcțiune și/sau al încadrării cu personal de specialitate, potrivit categoriei de spital din care acestea fac parte, se ia în calcul tariful pe zi de spitalizare prevăzut pentru secția din cadrul spitalului din categoria imediat inferioară. În cazul secțiilor din spitalele care corespund unui nivel de dotare cu aparatură în funcțiune și/sau personal de specialitate potrivit unei categorii superioare de spital decât cea din care spitalul face parte, se ia în calcul tariful/zi de spitalizare prevăzut pentru secția din cadrul spitalului din categoria imediat superioară. Nivelul dotării cu aparatură și încadrarea cu personal de specialitate pentru fiecare secție/spital se stabilesc de Ministerul Sănătății și Familiei. Aceste reglementări se aplică începând cu semestrul II al anului 2002;

b) pentru spitalele participante la programul național de finanțare bazată pe caz (persoană internată — tip caz rezolvat), suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate cazurilor spitalizate se stabilește astfel:

număr de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2001 x tariful pe caz ponderat pentru anul 2002

— numărul de cazuri externate pe spital se negociază în funcție de numărul de cazuri de spitalizare/județ stabilit ca medie a numărului de internări pe ultimii 5 ani/județ și a gradului de adresabilitate la spital. Numărul anual de cazuri externate negociat se defalchează pentru fiecare dintre cele 4 trimestre ale anului 2002. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent și de volumul de servicii de îngrijiri la domiciliu subcontractat determinat ca raport între numărul de cazuri care a beneficiat de îngrijiri la domiciliu și numărul total de cazuri externate; în acest scop, începând cu data de 1 ianuarie 2002 spitalele vor ține evidența acestor indicatori;

— indicele de case-mix pentru anul 2001, prezentat în anexa nr. 5, se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului și a tipurilor de cazuri raportate în anul 2001; numărul negociat de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix a spitalului;

— tariful pe caz ponderat în anul 2002 se stabilește pentru fiecare spital în parte, plecând de la tariful pe caz ponderat din anul 2001 (stabilit pentru fiecare spital), care se corectează cu procentul de inflație prognozat pentru anul 2002. Tariful este prezentat în anexa nr. 6.

Listă cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt rambursate (grupele de diagnostice), valorile relative ale grupelor de diagnostice și definirea termenilor utilizați sunt prevăzute în anexa nr. 7;

c) suma pentru dializă, determinată prin înmulțirea numărului contractat de ședințe de dializă în insuficiența renală cronică și tariful aferent acestui serviciu;

d) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, calculată pe baza numărului de investigații paraclinice contractate și a tarifelor negociate în limita tarifelor prevăzute în anexa nr. 5 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 603/4.189/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, cu respectarea tuturor condițiilor referitoare la investigațiile paraclinice din aceste norme;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în: cabinetele medicale de specialitate în oncologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete de planificare familială, structuri de primire

urgente și cabinete stomatologice pentru servicii de urgență, formată din: — suma corespunzătoare încadrării personalului prevăzut să își desfășoare activitatea în aceste structuri, ținând seama de toate drepturile salariale acordate de lege, la care se adaugă contribuții ce revin ca obligație de plată spitalului;

— suma reprezentând cheltuielile de întreținere și funcționare a acestor structuri, determinată ca o cotă-parte din cheltuielile totale de întreținere și funcționare ale spitalului, înregistrate în anul precedent și corectată cu procentul de inflație prognozat pentru anul 2002. Această cotă se calculează ca raport între cheltuielile de personal necesare pentru structurile mai sus menționate și totalul cheltuielilor de personal pe spital estimate pentru anul curent;

f) suma pentru medici, farmaciști și stomatologi, rezidenți și stagiați, care se determină pe baza încadrării acestui personal, rezultată din statul de funcții, ținând seama de toate drepturile salariale prevăzute de lege, la care se adaugă contribuțiile ce revin ca obligație de plată spitalului. În cazul stagiilor se deduc sumele ce se suportă din fondul de șomaj, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar;

g) suma pentru medicii și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în cadrul serviciilor publice specializate reorganizate potrivit art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000, care se determină pe baza încadrării personalului care acordă îngrijiri pentru aceste afecțiuni, prevăzut în statul de funcții, ținând seama de toate drepturile salariale prevăzute de lege, la care se adaugă contribuții ce revin ca obligație de plată spitalului;

h) suma pentru instalarea aparaturii de înaltă performanță, stabilită în limita sumelor aprobate prin acte normative;

i) suma pentru medicamente și materiale sanitare acordate prin programele naționale de sănătate, stabilită pe baza repartizării de către coordonatorul de program;

j) suma aferentă arieratelor înregistrate până la data de 30 noiembrie a anului precedent.

Aceste sume sunt prevăzute distinct în contractele și actele adiționale la contract și fac parte din bugetul de venituri și cheltuieli aprobat unităților spitalicești, potrivit legii.

Art. 6. — Sumele pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în centrele de diagnostic și tratament din structura ministerelor cu rețele sanitare proprii se determină prin înmulțirea numărului de servicii contractate cu tarifele pe servicii, tarife negociate care nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 3.

Art. 7. — Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în funcție de numărul de cazuri externate, realizat în limita numărului de cazuri contractat, și de durata optimă de spitalizare; trimestrial se fac regularizările și decontările ținând seama de cazurile de spitalizare externate și cele contractate.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

În centrele universitare casele de asigurări de sănătate cu care spitalele au încheiat contracte pot accepta la decontare, în cazuri justificate, un număr mai mare de cazuri externate decât cel contractat, cu până la 5%, după analiza și acceptarea unor depășiri conform paragrafului anterior.

La stabilirea numărului de cazuri externate se ia în calcul și numărul celor care au fost internați și apoi transferați în alte spitale, situație în care durata de spitalizare acceptată la decontare este de maximum 3 zile.

În situația în care suma aferentă depășirii duratei optime de spitalizare pe o secție nu este compensată de suma corespunzătoare reducerii duratei optime de spitalizare la celelalte secții, casele de asigurări de sănătate pot deconta diferența ce nu a fost compensată dacă depășirea este justificată și se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate respective;

b) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitalele participante la programul național de finanțare bazată pe caz (persoană inter-

nată — tip caz rezolvat), regularizarea și decontarea trimestrială se fac în funcție de numărul de cazuri externate și raportate, astfel:

— se calculează numărul cazurilor ponderate raportate (prin înmulțirea numărului de cazuri externate și raportate cu indicele de case-mix aferent acestor cazuri) și suma corespunzătoare cazurilor ponderate raportate (prin înmulțirea numărului de cazuri ponderate raportate cu tariful pe caz ponderat) corespunzătoare perioadei de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv;

— în situația în care numărul cazurilor ponderate raportate este mai mare decât numărul negociat de cazuri ponderate, se acceptă o depășire cu cel mult 10% a sumei contractate aferente perioadei de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv;

— în situația în care numărul cazurilor ponderate raportate este mai mic decât numărul negociat de cazuri ponderate, se acordă suma corespunzătoare cazurilor ponderate raportate aferente perioadei de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv.

În situația în care numărul de cazuri ponderate raportate este mai mare decât numărul negociat de cazuri ponderate cu mai mult de 10%, casele de asigurări de sănătate pot accepta, în mod excepțional, la decontare această depășire, dacă sunt îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții: spitalul a luat decizia de creștere a numărului de internări după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile și creșterea de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate în alte spitale/secții din județul respectiv. Această depășire trebuie să se încadreze în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate respective;

c) suma pentru dializă se decontează pe baza numărului de sedințe de dializă în insuficiența renală cronică efectiv realizate și tariful aferent;

d) suma pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează pe baza numărului de investigații realizat în limita numărului contractat și a tarifelor negociate. Depășirea numărului de investigații contractat se acceptă la decontare numai pentru cazurile care au fost declarate ca urgență medicală de către medicii de specialitate care le-au recomandat;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în oncologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete de planificare familială, structuri de primire urgențe, cabinete stomatologice pentru servicii de urgență se decontează la nivelul contractat dacă nu au intervenit modificări în structura organizatorică a activității desfășurate în aceste cabinete. Dacă se modifică această structură prin desființare unor cabinete medicale sau compartimente, se diminuează suma prevăzută în actul adițional, cu influențele determinate de reducerea cheltuielilor de personal. Dacă se modifică aceste structuri prin înființarea unor noi cabinete medicale sau compartimente, casele de asigurări de sănătate pot accepta modificarea sumei prevăzute în actul adițional dacă această modificare este justificată, în limita sumelor aprobate cu destinația asistenței medicale spitalicești;

f) suma pentru medicii, farmaciști și stomatologi — rezidenți și stagii — se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contract;

g) suma pentru medicii și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copiii distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000 în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau, după caz, a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București în a căror rază administrativ-teritorială funcționează, încadrați la spitalul județean sau la un alt spital public, cel mai apropiat (în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate), se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, fără depășirea sumelor prevăzute în actul adițional la contract;

h) suma pentru cofinanțarea instalării aparatelor de înaltă performanță se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumelor prevăzute în actul adițional, cumulativ de la începutul anului;

i) suma pentru medicamentele și materialele sanitare specifice programelor naționale de sănătate se decontază în baza realizării indicatorilor fizici, de rezultate și de eficiență, în limita sumei repartizate de către coordonatorul de program;

j) suma aferentă arieratelor înregistrate până la data de 30 noiembrie a anului precedent se acordă în baza metodologiei și la termenele stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 8. — Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani și ai copiilor cu handicap beneficiază de plata serviciilor hoteliere (cazare stan-

dard și masă la nivelul alocației de hrană) din partea caselor de asigurări de sănătate, cheltuieli ce sunt cuprinse în tariful pe zi de spitalizare aferent secțiilor/spitalelor în care sunt internați acești copii. Aceste servicii se acordă în următoarele condiții:

a) la recomandarea medicului care îngrijește copilul bolnav internat, pe perioada considerată necesară de către medic;

b) mama care alăptează.

Art. 9. — Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin *confort standard*, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

Art. 10. — (1) Serviciile medicale de înaltă performanță și alte servicii medicale a căror contravaloare nu se suportă din Fondul de asigurări sociale de sănătate sunt prezentate în anexa nr. 8.

(2) Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se acordă numai pe bază de recomandare medicală, iar casele de asigurări de sănătate decontează aceste servicii pentru asigurați numai în următoarele condiții:

— urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 9;

— afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza fișelor de solicitare potrivit modelelor prevăzute în anexele nr. 10, 11 și 12, la care se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(3) Prevederile alin. (2) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu.

Art. 11. — Spitalele care au în structura proprie dispensare medicale fără medic suportă din bugetul de venituri și cheltuieli suma aferentă funcționării acestora. Personalul mediu sanitar din aceste dispensare acordă primele îngrijiri în caz de boală sau accident, în cadrul unui program de lucru întocmit de spitalul în structura căruia se află dispensarul medical.

Art. 12. — Serviciile medicale și documentele eliberate pentru aceste servicii pe care casele de asigurări de sănătate nu le decontează sunt cele prevăzute în anexa nr. 13.

Art. 13. — 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. 14. — Serviciile medicale spitalicești acordate în urma unui accident de muncă se facturează distinct de către furnizorul de servicii medicale spitalicești către casele de asigurări de sănătate, cu precizarea unității unde s-a înregistrat accidentul de muncă. Casele de asigurări de sănătate au obligația de a recupera sumele respective de la angajatorul/asiguratorul persoanei căreia i s-au acordat serviciile medicale spitalicești.

Art. 15. — (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli, și respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către spitale pe trimestre și luni cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Pentru spitalele participante la proiectul național de finanțare a spitalelor bazată pe caz, suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spirale pe trimestre (pe baza numărului negociat de cazuri externate trimestrial) și pe luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(3) La începutul fiecărei luni, pentru luna în curs, casele de asigurări de sănătate acordă spitalelor, în primele 15 zile ale lunii, până la 80% din suma corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea lunii respective să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare.

(4) Pentru spitalele participante la proiectul național de finanțare a spitalelor bazată pe caz, la începutul fiecărei luni pentru luna în curs, casele de asigurări de sănătate acordă spitalelor, în primele 15 zile ale lunii, până la 80% din suma corespunzătoare lunii curente, urmând ca acordarea diferenței până la 95% din suma lunară contractată să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare.

(5) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de așteptare pentru cazurile programabile.

(6) Spitalele vor raporta direcțiilor de sănătate publică sau ministerului, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate, până la data de 5 a lunii curente pentru luna expirată, execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor cantitativi și calitativi comparativ cu cei contractați.

(7) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta direcțiilor de sănătate publică sau ministerelor, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor

trimestriali comparativ cu cei contractați în vederea regularizării trimestriale. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat.

Art. 16. — Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către personalul din conducerea spitalului (directorul general, directorul general adjunct medical, directorul financiar-contabilitate și, după caz, directorul de îngrijiri și directorul pentru reformă) 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. 17. — Refuzul semnării contractului cu casa de asigurări de sănătate de către unitatea furnizoare de servicii medicale spitalicești va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății și Familiei sau celorlalte ministere, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care vor analiza situația și vor lua măsurile ce se impun pentru soluționarea divergențelor.

ANEXA Nr. 2

LISTA

cuprinzând serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații

1. Servicii cu spitalizare

A. Servicii cu spitalizare continuă

Profil medical	Profil chirurgical
Medicină internă Gastroenterologie Cardiologie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice Endocrinologie Imunologie clinică și Alergologie Nefrologie Hematologie Pediatrie Dermato-venereologie Neurologie Oncologie medicală Radioterapie Neonatologie Reumatologie Recuperare, Medicină fizică și Balneologie Geriatrie și Gerontologie Genetică medicală Psihiatrie Pneumologie/Pneumoftiziologie Boli infecțioase	Chirurgie generală Urologie Ortopedie și traumatologie Otorinolaringologie - ORL Oftalmologie Obstetrică-Ginecologie Chirurgie plastică și reparatorie Chirurgie maxilo-facială Anestezie și Terapie intensivă Chirurgie toracică Chirurgie cardiacă și a vaselor mari Chirurgie pediatrică Neurochirurgie Chirurgie vasculară

B. Servicii cu spitalizare discontinuă

Profil medical	Profil chirurgical
Pediatrie Dermatologie Neurologie Oncologie medicală Medicină internă Gastroenterologie Cardiologie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice Endocrinologie Imunologie clinică și Alergologie Reumatologie Hematologie Radioterapie Neonatologie Psihiatrie Pneumologie/Pneumoftiziologie Geriatrie și gerontologie Recuperare, medicină fizică și balneologie	Chirurgie generală – endoscopie Urologie – endoscopie Ortopedie și traumatologie Otorinolaringologie - ORL Oftalmologie Obstetrică-Ginecologie Chirurgie maxilo-facială Anestezie și terapie intensivă Chirurgie toracică

**Serviciile medicale spitalicești
efectuate în centrele de diagnostic și tratament aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii
și tarifele maxime ale acestora pe care le pot deconta casele de asigurări de sănătate**

— lei —

Tipul serviciului	Tariful/serviciu medical (maximal)
a) Servicii medicale de oftalmologie:	
— eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrorezecție	365.000
— cataractă	1.860.000
b) Servicii medicale ortopedie	
— halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură tendoane mână, amputație deget mână, chist sinovial picior, secțiune tendoane picior	918.000
c) Servicii medicale ORL	
— rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formațiune tumorală, polipectomie nazală	497.000
d) Servicii medicale flebologie (operație flebologie)	692.000
e) Hemodializă*)	1.100.000
f) Anestezie:	
— rahianestezie	2.550.000
— anestezie generală inhalatorie	1.188.000
— anestezie de contact și infiltrație	346.000
— anestezie locoregională de infiltrație	864.000
— anestezie locală	125.000
— anestezie generală cu diprivan	3.450.000

NOTĂ:

Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte, în condițiile în care se utilizează medicamente, materiale sanitare și tehnologii avansate).

Tarifele negociate între furnizori și casele de asigurări de sănătate în limita tarifelor maxime se utilizează pentru decontarea de către casele de asigurări de sănătate a oricărui tip de serviciu medical din specialitatea respectivă.

*) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice suportate prin programul național de sănătate și este valabil și pentru unitățile sanitare cu paturi care au în structură secții/compartimente de hemodializă.

TARIFUL PE ZI
de spitalizare corespunzător secțiilor de spital și tipuri de specialități pentru anul 2002

- lei -

Nr. Crt.		tarif / zi spitalizare pe secții			
		in Institute si Centre clinice de specialitate, Spitale Clinice, Spitale Judetene din centre universitare, Spitale Clinice de monospecialitate de interes national	in Spitale Judetene ¹⁾	in Spitale Municipale/ Orasenesti	in Spitale Comunale
	Total tip spital	979,165	443,255	332,441	214,827
1	A.T.I.	3,312,339	1,686,941	1,265,206	
2	Balneo-fizioterapie	514,770	514,770	319,073	
3	Boli infectioase	870,888	417,620	313,215	
4	Cardiologie ²⁾	971,610	381,759	286,319	
5	Chirurgie generala	1,295,228	500,456	375,342	
6	Chirurgie infantila	1,215,471	342,319	256,739	
7	Chirurgie cardiovasculara	2,942,137	0	0	
8	Chirurgie toraco-pulmonara	1,304,646	491,856	368,892	
9	Chirurgie maxilo-faciala	901,206	433,333	325,000	
10	Chirurgie plastica si reparatorie ²⁾	1,470,996	545,571	409,178	
11	Cronici	532,812	210,448	157,836	
12	Dermato-venerologie	435,577	305,546	229,159	
13	Diabet, boli de nutritie	632,484	420,440	315,330	
15	Endocrinologie	586,835	415,900	311,925	
16	Fiziologie	524,666	279,010	209,257	
17	Gastro-enterologie	1,350,318	552,930	414,698	
18	Ginecologie	889,701	434,281	325,710	
19	Hematologie	1,377,845	612,355	459,266	
20	Medicina generala	405,460	405,460	276,450	221,160
21	Medicina interna	1,175,648	381,759	286,319	229,056
22	Nefrologie	1,175,648	375,234	281,426	
23	Neurochirurgie	1,937,508	532,338	399,254	
24	Neurologie	841,719	329,308	246,981	
25	Neuropsihiatrie	514,613	506,792	207,337	
26	Nevroze	373,435	273,265	204,949	
27	Neonatalogie	778,793	289,435	217,076	173,661
28	Obstetrica	947,567	335,603	251,702	201,362
29	Obstetrica-ginecologie	892,347	361,577	271,183	216,946
30	Oftalmologie	755,804	374,002	280,502	
31	Oncologie	1,171,999	858,666	377,246	
32	O.R.L.	702,580	382,485	286,864	
33	Ortopedie si traumatologie	1,543,056	473,803	355,352	
34	Pediatrica	931,566	387,586	290,689	232,552
35	Pneumologie	677,695	345,033	258,775	
36	Neonatalogie-prematuri	811,119	448,536	148,298	
37	Psihiatrie acuti	276,033	276,033	207,025	
38	Psihiatrie cronici	222,185	222,185	166,638	
39	Geriatrica si gerontologie	550,872	210,448	157,838	
40	Reumatologie	446,106	242,728	182,048	
41	Urologie	1,175,648	381,759	286,319	
42	Imunologie si Alergologie	1,175,648	381,759	286,319	
43	Toxicologie si toxicodependenta	1,295,228			
44	Alte specialitati medicale	1,175,648	381,759	286,319	229,056

NOTA

- Tariful/zi spitalizare de la SPITALE JUDETENE se ia in calcul si pentru Spitalele de monospecialitate;
- Tariful/zi spitalizare de la SPITALE JUDETENE se ia in calcul si pentru Institutul de Fiziologie Normala si Patologica "Danielopolu";
- Spitalele in care sunt organizate UPU pot beneficia de o finantare suplimentara cu pana la 5%, iar spitalele de urgenta pot beneficia de o finantare suplimentara cu inca 5%;
- Tariful/zi spitalizare de la sectia ATI se ia in calcul si pentru sectiile de arsi si cardiologie interventionala;
- Tarifele/zi spitalizare de la sectiile ATI, cardiologie interventionala si arsi sunt maximale si, in raport de evaluarea trimestriala se vor renegocia;
- Tariful/zi spitalizare de la sectia Prematuri se ia in calcul si pentru sectia Distrofici;
- Tariful/zi spitalizare de la sectia Ortopedie se ia in calcul si pentru sectia TBC osteoarticular;
- Tariful/zi spitalizare de la compartimentele TI Coronarieni, Boli infectioase si Pediatrica se asimileaza cu tariful/zi spitalizare de la sectiile ATI, este maximal si, in raport de evaluarea trimestriala, se va renegocia.

*) Anexa nr. 4a) este reproducă în facsimil.

TARIFUL PE ZI

de spitalizare corespunzător sanatoriilor balneare, preventorii și alte sanatorii decât cele balneare pentru anul 2002

- lei -

Nr.Crt.	Tipul unitatii sanitare cu paturi	Tariful pe zi spitalizare
1	Sanatorii balneare de recuperare medicala	282,546
2	Sanatorii TBC (pneumologie)	279,010
3	Sanatorii de nevroze	273,265
4	Sanatorii de neuropsihiatrie	283,058
5	Preventorii	155,430

ANEXA Nr. 5

INDICELE DE COMPLEXITATE

a cazurilor (indice de case mix, ICM) ale spitalelor din proiectul național DRG pentru anul 2001

Nr.Crt.	SPITAL	Indice Case Mix (ICM) 2001
1	Spitalul Municipal Campina	0,5863
2	Spitalul Municipal Cimpulung Moldovenesc	0,5711
3	Spitalul Municipal Pascani	0,5382
4	Spitalul Municipal Turda	0,5865
5	Spitalul Municipal Caransebes	0,6219
6	Spitalul Municipal Oltenita	0,5703
7	Spitalul Judetean Alba Iulia	0,6489
8	Spitalul Judetean Baia Mare	0,6407
9	Spitalul Judetean Botosani "Mavromati"*)	0,6569
10	Spitalul Judetean Calarasi	0,5976
11	Spitalul Judetean Miercurea Ciuc	0,7062
12	Spitalul Judetean Ploiesti	0,6986
13	Spitalul Judetean Sf.Gheorghe	0,6188
14	Spitalul Judetean Sibiu	0,6575
15	Spitalul Clinic Coltea Bucuresti	0,9977
16	Spitalul Clinic de Urgenta Floreasca, Bucuresti	0,7888
17	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf.Spiridon" Iasi	0,7855
18	Spitalul Judetean Craiova	0,6740
19	Spitalul Judetean Tg.Mures	0,8021
20	Spitalul Judetean Timisoara	0,7739
21	Spitalul de Urgenta "Sf.Pantelimon", Bucuresti	0,6661
22	Spitalul de Urgenta Universitar Bucuresti	0,6971
23	Institutul de Cardiologie "Prof. Dr.C.C.Iliescu"	1,0619

NOTA: ICM este calculat pe baza nr. pacienți externati si raportati pentru perioada 1 ianuarie-30 noiembrie 2001 (date raportate pâna la 18.12.2001)

*)ICM pentru Spitalul Judetean Botosani "Mavromati" este media ICM ale spitalelor similare .

*) Anexele nr. 4b), 5, 6 și 7 sunt reproduse în facsimil.

COSTURILE* ȘI TARIFELE**
pe pacient ponderat (în lei) ale spitalelor din proiectul național DRG, conform raportărilor din perioada ianuarie-noiembrie 2001

Nr. Crt.	SPITAL	Cost pe pacient ponderat spitale, 2001	Cost pe pacient ponderat spitale similare, 2001	Cost pe pacient ponderat național, 2001	Tarif pe pacient ponderat spitale, 2002	Tarif pe pacient ponderat spitale similare, 2002	Tarif pe pacient ponderat național, 2002
1	Spitalul Municipal Campina	5.318.383	4.846.956	7.987.646	6.488.427	5.913.287	9.744.928
2	Spitalul Municipal Cimpulung Moldovenesc	4.609.844	4.846.956	7.987.646	5.624.009	5.913.287	9.744.928
3	Spitalul Municipal Pascani	4.758.530	4.846.956	7.987.646	5.805.407	5.913.287	9.744.928
4	Spitalul Municipal Turda	4.804.904	4.846.956	7.987.646	5.861.983	5.913.287	9.744.928
5	Spitalul Municipal Caransebes	4.885.703	4.846.956	7.987.646	5.960.558	5.913.287	9.744.928
6	Spitalul Municipal Oltenita	4.179.659	4.846.956	7.987.646	5.099.184	5.913.287	9.744.928
7	Spitalul Judetean Alba Iulia	7.130.873	6.107.383	7.987.646	8.699.666	7.451.007	9.744.928
8	Spitalul Judetean Baia Mare	5.216.648	6.107.383	7.987.646	6.364.311	7.451.007	9.744.928
9	Spitalul Judetean Botosani "Mavromati"	4.138.168	6.107.383	7.987.646	5.048.565	7.451.007	9.744.928
10	Spitalul Judetean Calarasi	5.884.776	6.107.383	7.987.646	7.179.427	7.451.007	9.744.928
11	Spitalul Judetean Miercurea Ciuc	7.289.152	6.107.383	7.987.646	8.892.765	7.451.007	9.744.928
12	Spitalul Judetean Ploiesti	6.653.130	6.107.383	7.987.646	8.116.819	7.451.007	9.744.928
13	Spitalul Judetean Sf.Gheorghe	7.642.289	6.107.383	7.987.646	9.323.592	7.451.007	9.744.928
14	Spitalul Judetean Sibiu	9.779.138	9.760.283	7.987.646	11.930.549	11.907.545	9.744.928
15	Spitalul Clinic Coltea Bucuresti	6.111.863	9.760.283	7.987.646	7.456.473	11.907.545	9.744.928
16	Spitalul Clinic de Urgenta Floreasca, Bucuresti	16.698.078	9.760.283	7.987.646	20.371.655	11.907.545	9.744.928
17	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf.Spiridon" Iasi	5.172.857	9.760.283	7.987.646	6.310.885	11.907.545	9.744.928
18	Spitalul Judetean Craiova	6.681.022	9.760.283	7.987.646	8.150.846	11.907.545	9.744.928
19	Spitalul Judetean Tg.Mures	7.920.443	9.760.283	7.987.646	9.662.941	11.907.545	9.744.928
20	Spitalul Judetean Timisoara	12.327.451	9.760.283	7.987.646	15.039.490	11.907.545	9.744.928
21	Spitalul de Urgenta "Sf.Pantelimon", Bucuresti	12.722.612	9.760.283	7.987.646	15.521.586	11.907.545	9.744.928
22	Spitalul de Urgenta Universitar Bucuresti	12.457.671	9.760.283	7.987.646	15.198.359	11.907.545	9.744.928
23	Institutul de Cardiologie "Prof. Dr.C.I. Ilescu"	7.072.974	7.072.974	7.987.646	8.629.029	8.629.028	9.744.928

NOTA: *Cheltuiala totala este cheltuiala efectiva raportata conform adresei CNAS 4284/12.12.2001

Cheltuiala pt. costul pe pacient ponderat este cheltuiala efectiva realizata din care se scad sumele contractate distinct, raportate conform adresei CNAS 4284/12.12.2001
ICM, nr.pacienti externati si raportati sunt calculate pentru perioada 1 ianuarie-30 noiembrie 2001 (date raportate pina la 18.12.2001)

**Tariful pe pacient ponderat este obtinut prin inmultirea costului pe pacient ponderat cu factorul prognozat de inflatie pentru anul 2002(1,22)

LISTA

categoriilor majore de diagnostice, tipurile de cazuri (grupele de diagnostice) și valorile relative

Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Descriere CMD
1	Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	Boli și tulburări ale ochiului
3	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	Boli și tulburări ale aparatului digestiv
7	Boli și tulburări ale sistemului hepato-biliar și ale pancreasului
8	Boli și tulburări ale sistemului musculoscheletal și tesutului conjunctiv
9	Boli și tulburări ale pielii, tesutului subcutanat și sanului
10	Boli și tulburări ale glandelor endocrine, boli de nutriție și metabolism
11	Boli și tulburări ale aparatului urinar (rinichi, tract urinar)
12	Boli și tulburări ale aparatului reproductiv masculin
13	Boli și tulburări ale aparatului reproductiv feminin
14	Sarcina, naștere și lauzie
15	Nou născut sănătos și bolnav (perioada perinatală)
16	Boli ale sângelui, boli și disfuncții ale organelor hematopoetice, boli imunologice
17	Boli și tulburări mieloproliferative, neoplasme slab diferențiate
18	Boli infecțioase și parazitare, sistemice sau cu localizare nespecificată
19	Boli și tulburări mentale
20	Alcoolism / utilizarea drogurilor și tulburări mentale organice induse de utilizarea alcoolului/drogurilor
21	Leziuni, otrăviri și efecte toxice ale drogurilor
22	Arsuri
23	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24	Traumatism multiplu semnificativ
25	Infecții cu virusul imunodeficienței umane

Grupa de diagnostic	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală / Chirurgică (M/C)	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă
1	1	C	Craniotomie >17 ani, exceptând craniotomia pentru traumatism	3.0165
2	1	C	Craniotomie pentru traumatism >17 ani	3.4127
3	1	C	Craniotomie, vârsta 0-17 ani	2.4674
4	1	C	Proceduri pe coloana vertebrală	1.7782
5	1	C	Proceduri vasculare extracraniene	1.0674
6	1	C	"Eliberarea" canalului carpian	0.6373
7	1	C	Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos cu complicații și comorbidități	2.0845
8	1	C	Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos fără complicații și comorbidități	0.9996
9	1	M	Tulburări și leziuni ale măduvei spinării	0.9011
10	1	M	Neoplasme ale sistemului nervos cu complicații și comorbidități	1.0637
11	1	M	Neoplasme ale sistemului nervos fără complicații și comorbidități	0.6961
12	1	M	Boli degenerative ale sistemului nervos	0.9989
13	1	M	Scleroza multiplă și ataxia de origine cerebeloasă	0.7904

14	1	M	Boli cerebrovasculare specifice cu exceptia atacului ischemic tranzitor	1.0779
15	1	M	Atac ischemic tranzitor si ocluzii precerebrale	0.6051
16	1	M	Boli cerebrovasculare nespecifice cu complicatii si comorbiditati	1.0696
17	1	M	Boli cerebrovasculare nespecifice fara complicatii si comorbiditati	0.6339
18	1	M	Boli ale nervilor cranieni si periferici cu complicatii si comorbiditati	0.8592
19	1	M	Boli ale nervilor cranieni si periferici fara complicatii si comorbiditati	0.6034
20	1	M	Infectiile sistemului nervos cu exceptia meningitei virale	2.0717
21	1	M	Meningita virala	0.6626
22	1	M	Encefalopatia hipertensiva	0.9116
23	1	M	Coma si stupoarea netraumatica	0.7015
24	1	M	Convulsii si cefaleea, varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	0.7720
25	1	M	Convulsii si cefaleea, varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0.5879
26	1	M	Convulsii si cefaleea, varsta 0-17ani	0.5383
27	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata >1 ora	1.1446
28	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata <1 ora, varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	1.1068
29	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata <1 ora, varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0.5477
30	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata <1 ora, 0-17 ani.	0.4611
31	1	M	Comotie cerebrala, varsta >17ani, cu complicatii si comorbiditati	0.6500
32	1	M	Comotie cerebrala, varsta >17ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3729
33	1	M	Comotie cerebrala, varsta 0-17ani	0.2885
34	1	M	Alte tulburari ale sistemului nervos cu complicatii si comorbiditati	0.9366
35	1	M	Alte tulburari ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati	0.6376
36	2	C	Interventii pe retina	0.8288
37	2	C	Interventii pe orbita	1.0853
38	2	C	Interventii primare pe iris	0.3222
39	2	C	Interventii pe cristalin cu sau fara vitrectomie	0.6226
40	2	C	Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta >17 ani	0.8752
41	2	C	Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta 0-17 ani	0.6202
42	2	C	Proceduri intraoculare cu exceptia retinei, irisului si cristalinelui	0.5688
43	2	M	Hifema	0.3288
44	2	M	Infectiile acute majore ale ochiului	0.4175
45	2	M	Tulburari neurologice ale ochiului	0.6210
46	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.7218
47	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3939
48	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta 0-17 ani	0.4735
49	3	C	Interventii majore la nivelul capului si gatului	1.9348
50	3	C	Sialoadenectomia	0.8096
51	3	C	Interventii pe glanda salivara cu exceptia sialoadenectomiei	0.8518
52	3	C	Buza de iepure si reparatia valului palatin	0.5696
53	3	C	Interventii pe sinus si mastoida varsta >17 ani	1.4910
54	3	C	Interventii pe sinus si mastoida varsta 0-17 ani	1.1459
55	3	C	Interventii diverse pe ureche, nas, gura si gat	0.9720
56	3	C	Rinoplastia	0.9947
57	3	C	Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta >17 ani	0.4845
58	3	C	Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta 0-17 ani	0.5830
59	3	C	Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta >17 ani	0.6257
60	3	C	Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta 0-17 ani	0.4336
61	3	C	Miringotomie cu insertia tubara, varsta >17ani	1.0407

62	3	C	Miringotomie cu insertia tubara, varsta 0-17 ani	0.5662
63	3	C	Alte proceduri chirurgicale pe ureche, nas, gura si gat	1.4843
64	3	M	Tumorile maligne ale urechii, nasului, gurii si gatului	1.2467
65	3	M	Tulburari de echilibru	0.4524
66	3	M	Epistaxis	0.5267
67	3	M	Epiglوتا	0.7256
68	3	M	Otita medie si infectii resp. sup. varsta>17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.5081
69	3	M	Otita medie si infectii resp. sup. varsta>17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3403
70	3	M	Otita medie si infectii resp. sup. varsta 0-17 ani	0.3544
71	3	M	Laringotraheita	0.2955
72	3	M	Traumatisme si deformari nazale	0.5458
73	3	M	Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta >17ani	0.5571
74	3	M	Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta 0-17ani	0.5228
75	4	C	Interventii majore la nivelul toracelui	2.5035
76	4	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator cu complicatii si comorbiditati	2.2287
77	4	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator fara complicatii si comorbiditati	0.9628
78	4	M	Embolia pulmonara	1.0597
79	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani cu complicatii si comorbiditati	1.3100
80	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0.7350
81	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, 0-17 ani	1.5598
82	4	M	Neoplasme aparat respirator	1.1370
83	4	M	Traumatisme majore ale toracelui cu complicatii si comorbiditati	0.6845
84	4	M	Traumatisme majore ale toracelui fara complicatii si comorbiditati	0.4318
85	4	M	Transudat pleural cu complicatii si comorbiditati	0.9791
86	4	M	Transudat pleural fara complicatii si comorbiditati	0.6298
87	4	M	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.9906
88	4	M	Boala pulmonara cronica obstructiva	0.6955
89	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.8111
90	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4709
91	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, 0-17 ani	0.4489
92	4	M	Boala interstitiala pulmonara cu complicatii si comorbiditati	0.9188
93	4	M	Boala interstitiala pulmonara fara complicatii si comorbiditati	0.7238
94	4	M	Pneumotorax cu complicatii si comorbiditati	0.8763
95	4	M	Pneumotorax fara complicatii si comorbiditati	0.4653
96	4	M	Bronsita si astm, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.5789
97	4	M	Bronsita si astm, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4188
98	4	M	Bronsita si astm, 0-17 ani	0.4079
99	4	M	Semne si simptome respiratorii, cu complicatii si comorbiditati	0.5816
100	4	M	Semne si simptome respiratorii, fara complicatii si comorbiditati	0.4267
101	4	M	Alte boli ale aparatului respirator cu complicatii si comorbiditati	0.7080
102	4	M	Alte boli ale aparatului respirator fara complicatii si comorbiditati	0.3963
103	5	C	Transplant cardiac	21.6378
104	5	C	Proceduri pe valve cardiace si alte proceduri majore chirurgicale cu cateterism cardiac	6.4053
105	5	C	Proceduri pe valvele cardiace si alte proceduri majore chirurgicale fara cateterism cardiac	4.9033
106	5	C	Bypass coronarian cu angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP)	5.0750
107	5	C	Bypass coronarian cu cateterism cardiac	3.3862
108	5	C	Alte proceduri cardiotoracice	3.9737
109	5	C	Bypass coronarian fara cateterism cardiac	2.8277

110	5	C	Alte proceduri majore cardiovasculare cu complicatii si comorbiditati	3.4164
111	5	C	Alte proceduri majore cardiovasculare fara complicatii si comorbiditati	2.1724
112	5	C	Proceduri cardiovasculare percutanate	1.2797
113	5	C	Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator cu exceptia celor de la membrul superior si a halucelui	2.4517
114	5	C	Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator la nivelul membrului superior si a halucelui	1.3461
115	5	C	Implantarea permanenta a pacemaker-urului cardiac cu infarct miocardic, insuficienta sau soc cardiac, sau proceduri de implant interesand sonde sau generatori de cardiovesie - defibrilare atriala	3.3348
116	5	C	Alte implantari permanente de pacemaker cardiac sau angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP) cu implantare de stent arterial coronarian	1.6728
117	5	C	Control pacemaker cardiac cu exceptia inlocuirii acestuia	1.0456
118	5	C	Inlocuirea pacemaker-ului cardiac	1.7005
119	5	C	Ligatura venelor si stripping	1.0580
120	5	C	Alte proceduri chirurgicale pentru sistemul circulator	2.0357
121	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, complicatii majore, externat in viata	1.2584
122	5	M	Tulburari circulatorii fara infarct miocardic acut, complicatii majore, externat viata	0.8318
123	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, decedat	1.6044
124	5	M	Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac si diagnostic complex	0.9709
125	5	M	Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac fara diagnostic complex	0.7185
126	5	M	Endocardita acuta si subacuta	1.6687
127	5	M	Insuficienta cardiaca si socul	0.8219
128	5	M	Tromboflebita venoasa profunda	0.6753
129	5	M	Stop cardiac, neexplicat	0.9334
130	5	M	Tulburari vasculare periferice cu complicatii si comorbiditati	0.7910
131	5	M	Tulburari vasculare periferice fara complicatii si comorbiditati	0.4986
132	5	M	Ateroscleroza cu complicatii si comorbiditati	0.4869
133	5	M	Ateroscleroza fara complicatii si comorbiditati	0.4059
134	5	M	Hipertensiunea arteriala	0.4878
135	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.7474
136	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4302
137	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, 0-17 ani	0.8649
138	5	M	Aritmia cardiaca si tulburari de conducere cu complicatii si comorbiditati	0.6636
139	5	M	Aritmia cardiaca si tulburari de conducere fara complicatii si comorbiditati	0.4091
140	5	M	Angina pectorala	0.4292
141	5	M	Sincopa si colapsul cu complicatii si comorbiditati	0.5515
142	5	M	Sincopa si colapsul fara complicatii si comorbiditati	0.4232
143	5	M	Durerea toracica	0.3893
144	5	M	Alte boli ale sistemului circulator cu complicatii si comorbiditati	1.1116
145	5	M	Alte boli ale sistemului circulator fara complicatii si comorbiditati	0.5313
146	6	C	Rezectia rectala cu complicatii si comorbiditati	2.0621
147	6	C	Rezectia rectala fara complicatii si comorbiditati	1.4386
148	6	C	Interventii majore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati	2.5279
149	6	C	Interventii majore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati	1.2425
150	6	C	Adenoliza peritoneala cu complicatii si comorbiditati	1.8428
151	6	C	Adenoliza peritoneala fara complicatii si comorbiditati	0.9780
152	6	C	Interventii minore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati	1.6743

153	6	C	Interventii minore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati	1.0829
154	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani cu complicatii si comorbiditati	3.1043
155	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	1.2437
156	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, 0-17 ani.	1.3143
157	6	C	Interventii la nivelul anusului sau pe stome cu complicatii si comorbiditati	0.9094
158	6	C	Interventii la nivelul anusului sau pe stome fara complicatii si comorbiditati	0.4798
159	6	C	Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1.0458
160	6	C	Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.6827
161	6	C	Interventii pentru hernia inghinala si femurala, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.8160
162	6	C	Interventii pe hernia inghinala si femurala, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.5655
163	6	C	Interventii hernii varsta 0-17 ani	0.6393
164	6	C	Apendicectomie cu diagnostic principal complicat cu complicatii si comorbiditati	1.2550
165	6	C	Apendicectomie cu diagnostic principal complicat fara complicatii si comorbiditati	0.7193
166	6	C	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat cu complicatii si comorbiditati	0.8137
167	6	C	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat fara complicatii si comorbiditati	0.5837
168	3	C	Interventii la nivelul gurii cu complicatii si comorbiditati	1.0228
169	3	C	Interventii la nivelul gurii fara complicatii si comorbiditati	0.6680
170	6	C	Alte interventii chirurgicale pe sistemul digestiv cu complicatii si comorbiditati	2.3090
171	6	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul digestiv fara complicatii si comorbiditati	0.9444
172	6	M	Tumori maligne digestive cu complicatii si comorbiditati	1.2921
173	6	M	Tumori maligne digestive fara complicatii si comorbiditati	0.7548
174	6	M	Hemoragie cu complicatii si comorbiditati	0.8530
175	6	M	Hemoragie fara complicatii si comorbiditati	0.4304
176	6	M	Ulcer peptic complicat	0.9166
177	6	M	Ulcer peptic necompliat cu complicatii si comorbiditati	0.6828
178	6	M	Ulcer peptic necompliat fara complicatii si comorbiditati	0.4375
179	6	M	Boala inflamatorie a intestinului	0.7187
180	6	M	Obstructii gastrointestinale cu complicatii si comorbiditati	0.7192
181	6	M	Obstructii gastrointestinale fara complicatii si comorbiditati	0.4134
182	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.5926
183	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3916
184	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, 0-17 ani	0.3778
185	3	M	Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, varsta>17 ani	0.6153
186	3	M	Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, 0-17 ani	0.3951
187	3	M	Extractii dentare si lucrari dentare	0.6963
188	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.8682
189	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4751
190	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv, 0-17 ani	0.7120
191	7	C	Interventii pe pancreas, ficat si şunt cu complicatii si comorbiditati	3.5894
192	7	C	Interventii pe pancreas, ficat si şunt fara complicatii si comorbiditati	1.4629

193	7	C	Interventii pe tractul biliar cu exceptia doar colecist cu sau fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	2.9005
194	7	C	Interventii pe tractul biliar cu exceptia doar colecist cu sau fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	1.3241
195	7	C	Colecistectomie cu explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	2.0740
196	7	C	Colecistectomie cu explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	1.3685
197	7	C	Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	1.7633
198	7	C	Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	0.9399
199	7	C	Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor maligne hepatobiliare	1.8787
200	7	C	Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor ne-maligne hepatobiliare	2.3726
201	7	C	Alte interventii chirurgicale hepatobiliare si pancreas	3.0798
202	7	M	Ciroza si hepatita alcoolica	1.2249
203	7	M	Tumori maligne ale sistemului hepatobiliar sau pancreasului	1.2242
204	7	M	Boli ale pancreasului cu exceptia tumorilor maligne	0.8117
205	7	M	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu complicatii si comorbiditati	1.0979
206	7	M	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor, cirozei, hepatitei alcoolice fara complicatii si comorbiditati	0.5835
207	7	M	Boli ale tractului biliar cu complicatii si comorbiditati	0.9484
208	7	M	Boli ale tractului biliar fara complicatii si comorbiditati	0.5097
209	8	C	Interventii asupra articulatiilor mari si reimplantare membre inferioare	1.9704
210	8	C	Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1.6521
211	8	C	Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	1.2603
212	8	C	Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta 0-17 ani	1.4946
213	8	C	Amputatii pentru afectiuni musculoscheletale sau boli ale tesutului conjunctiv	1.7347
216	8	C	Biopsie sistem musculoscheletal si tesut conjunctiv	1.8743
217	8	C	Debridarea plagilor si grefa cutanata cu exceptia miinii, pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	3.1571
218	8	C	Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1.5486
219	8	C	Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.9708
220	8	C	Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta 0-17 ani	0.9988
223	8	C	Interventii majore asupra umarului, cotului sau altor parti membrul sup. cu complicatii si comorbiditati	0.8398
224	8	C	Interventii asupra umarului, cotului, antebrațului cu exceptia articulatiilor mari, fara complicatii si comorbiditati	0.7133
225	8	C	Interventii asupra piciorului	0.9629
226	8	C	Interventii asupra tesuturilor moi cu complicatii si comorbiditati	1.1479
227	8	C	Interventii asupra tesuturilor moi fara complicatii si comorbiditati	0.6837
228	8	C	Interventii majore asupra policelui, articulatiilor sau alte interventii la nivelul miinii sau pumnului cu complicatii si comorbiditati	1.0314
229	8	C	Interventii asupra miinii sau pumnului cu exceptia articulatiilor mari fara complicatii si comorbiditati	0.6866
230	8	C	Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza din sold si femur	1.1722
231	8	C	Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza cu exceptia sold si femur	1.0674
232	8	C	Artroscopia	0.7669
233	8	C	Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati	1.9885

234	8	C	Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati	1.3538
235	8	M	Fracturi de femur	0.7061
236	8	M	Fracturi de sold si bazin	0.6575
237	8	M	Luxaxii,entorse si dislocari de sold, pelvis, coapsa	0.5567
238	8	M	Osteomieli	1.0108
239	8	M	Fracturi patologice, neoplazii musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	1.0201
240	8	M	Boli ale tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati	1.4529
241	8	M	Boli ale tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati	0.7436
242	8	M	Artrita septica	0.8009
243	8	M	Probleme medicale ale spatelui	0.6121
244	8	M	Boli ale osoaselor si artropatii specifice cu complicatii si comorbiditati	0.6887
245	8	M	Boli ale osoaselor si artropatii specifice fara complicatii si comorbiditati	0.5346
246	8	M	Artropatii nespecifice	0.6082
247	8	M	Semne si simptome ale ap. musculoscheletal si ale tesutului conj	0.5183
248	8	M	Tendinita, miozita, bursita	0.7340
249	8	M	Ingrijire post-tratament pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conj.	0.6352
250	8	M	Fracturi, luxaxii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.7039
251	8	M	Fracturi, luxaxii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4291
252	8	M	Fracturi, luxaxii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta 0-17 ani	0.3040
253	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului, partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.6658
254	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului, partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4396
255	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului, partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, 0-17 ani	0.3912
256	8	M	Alte diagnostice musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	0.6686
257	9	C	Mastectomie totala pentru neoplazie, cu complicatii si comorbiditati	0.8827
258	9	C	Mastectomie totala pentru neoplazie, fara complicatii si comorbiditati	0.8172
259	9	C	Mastectomie subtotala pentru neoplazie, cu complicatii si comorbiditati	0.7794
260	9	C	Mastectomie subtotala pentru neoplazie, fara complicatii si comorbiditati	0.5588
261	9	C	Interventii pe san pt afectiuni non-maligne cu exceptia biopsiei si exciziei locale	0.9974
262	9	C	Biopsie si excizie locala a glandei mamare pentru afectiuni non-maligne	0.6033
263	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare pentru ulcer cutanat sau celulita cu complicatii si comorbiditati	1.6922
264	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare pentru ulcer cutanat sau celulita fara complicatii si comorbiditati	0.8815
265	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare exceptie cele pt ulcer cutanat sau celulita cu complicatii si comorbiditati	1.5820
266	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare exceptie cele pt ulcer cutanat sau celulita faracomplacatii si comorbiditati	0.9518
267	9	C	Interventii perianale si pilonidale	0.5945
268	9	C	Interventii reconstructive (plastice) la nivel cutanat, tesut subcutanat, san	0.6402
269	9	C	Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san cu complicatii si comorbiditati	1.3169

270	9	C	Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san fara complicatii si comorbiditati	0,6447
271	9	M	Ulcer cutanat	0,8302
272	9	M	Afectiuni cutanate majore cu complicatii si comorbiditati	1,1886
273	9	M	Afectiuni cutanate majore fara complicatii si comorbiditati	0,4617
274	9	M	Neoplazii ale glandei mamare cu complicatii si comorbiditati	0,8851
275	9	M	Neoplazii ale glandei mamare fara complicatii si comorbiditati	0,4961
276	9	M	Afectiuni benigne ale glandei mamare	0,4554
277	9	M	Celulita varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	0,6876
278	9	M	Celulita varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,4152
279	9	M	Celulita varsta 0-17 ani	0,3886
280	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5519
281	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, glandei mamare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3728
282	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta 0-17 ani	0,3718
283	9	M	Afectiuni cutanate minore cu complicatii si comorbiditati	0,6212
284	9	M	Afectiuni cutanate minore fara complicatii si comorbiditati	0,3725
285	10	C	Amputatii ale membrelor inf. pt afectiuni endocrine, metabolice si nutritionale	1,8735
286	10	C	Interventii pe glanda suprarenala (adrenale) si hipofizare	1,7583
287	10	C	Grefe cutanate si debridare a plagilor din afectiuni endocrine, metabolice, nutritionale	1,6018
288	10	C	Interventii chirurgicale pentru obezitate	1,4409
289	10	C	Interventii pe paratiroide	0,8040
290	10	C	Interventii pe tiroida	0,6538
291	10	C	Interventii pe tract tireoglos	0,5060
292	10	C	Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice cu complicatii si comorbiditati	2,2455
293	10	C	Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice fara complicatii si comorbiditati	1,3696
294	10	M	Diabet varsta >35 ani	0,6427
295	10	M	Diabet varsta 0-35 ani	0,4928
296	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7282
297	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4477
298	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta 0-17 ani	0,3981
299	10	M	Boli ereditare ale metabolismului	1,1701
300	10	M	Afectiuni endocrine cu complicatii si comorbiditati	0,8263
301	10	M	Afectiuni endocrine fara complicatii si comorbiditati	0,4764
302	11	C	Transplant renal	10,3959
303	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in neoplazii	1,9541
304	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne cu complicatii si comorbiditati	2,1472
305	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne fara complicatii si comorbiditati	1,2863
306	11	C	Prostatectomie cu complicatii si comorbiditati	0,8990
307	11	C	Prostatectomie fara complicatii si comorbiditati	0,4385
308	11	C	Interventii minore asupra vezicii urinare cu complicatii si comorbiditati	1,4724
309	11	C	Interventii minore asupra vezicii urinare fara complicatii si comorbiditati	1,0088
310	11	C	Interventii transuretrale cu complicatii si comorbiditati	0,7397
311	11	C	Interventii transuretrale fara complicatii si comorbiditati	0,4947
312	11	C	Interventii uretrale, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,9782
313	11	C	Interventii uretrale, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,6780
314	11	C	Interventii uretrale, varsta 0-17 ani	0,6557
315	11	C	Alte interventii chirurgicale pe rinichi si cai urinare	1,8975
316	11	M	Insuficienta renala	1,1953

317	11	M	Internare pentru dializa renala	0.5442
318	11	M	Neoplasme renale si de cai urinare cu complicatii si comorbiditati	0.9441
319	11	M	Neoplasme renale si de cai urinare fara complicatii si comorbiditati	0.6283
320	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.7079
321	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4188
322	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani	0.4986
323	11	M	Litiiza urinara cu complicatii si comorbiditati si/sau litotripsie extracorporeala	0.4740
324	11	M	Litiiza urinara fara complicatii si comorbiditati	0.3202
325	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.5227
326	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3753
327	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta 0-17ani	0.3851
328	11	M	Strictura uretrala varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.5436
329	11	M	Strictura uretrala varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.4820
330	11	M	Strictura uretrala varsta 0-17 ani	0.5760
331	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1.0639
332	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.5248
333	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani	0.8893
334	12	C	Interventii majore pelvine la barbat, cu complicatii si comorbiditati	1.1127
335	12	C	Interventii majore pelvine la barbat, fara complicatii si comorbiditati	0.9148
336	12	C	Prostatectomia transuretrala cu complicatii si comorbiditati	0.6275
337	12	C	Prostatectomia transuretrala fara complicatii si comorbiditati	0.4340
338	12	C	Interventii pe testicule pentru neoplazii	1.0160
339	12	C	Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta >17 ani	0.8863
340	12	C	Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta 0-17 ani	0.5306
341	12	C	Interventii la nivelul penisului	1.1070
342	12	C	Circumcizia varsta >17 ani	0.9513
343	12	C	Circumcizia varsta 0-17 ani	0.4227
344	12	C	Alte proceduri chirurgicale pentru neoplazii ale ap. reproductiv masculin	1.4741
345	12	C	Alte proceduri chirurgicale ap. reproductiv masculin exceptie neoplazii	1.0847
346	12	M	Neoplazii ale ap. reproductiv masculin cu complicatii si comorbiditati	0.9482
347	12	M	Neoplazii ale ap. reproductiv masculin fara complicatii si comorbiditati	0.6036
348	12	M	Hipertrofia benigna de prostata cu complicatii si comorbiditati	0.5610
349	12	M	Hipertrofia benigna de prostata fara complicatii si comorbiditati	0.3531
350	12	M	Inflamatii ale aparatului genital masculin	0.4977
351	12	M	Sterilizarea masculina	0.2364
352	12	M	Alte boli ale aparatului genital masculin	0.4883
353	13	C	Eviscerarea pelvisului, histerectomie totala si vulvectomie radicala	2.1663
354	13	C	Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale cu complicatii si comorbiditati	1.2755
355	13	C	Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale fara complicatii si comorbiditati	0.6808
356	13	C	Interventii reconstructive ale aparatului genital feminin	0.6347
357	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru neoplazii anexiale sau ovariene	1.8769
358	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne cu complicatii si comorbiditati	0.8171

359	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne fara complicatii si comorbiditati	0.6206
360	13	C	Interventii pe vagin, col uterin si vulva	0.7502
361	13	C	Ligatura trompelor uterine prin incizie sau laparoscopie	0.8192
362	13	C	Ligatura endoscopica a trompelor uterine	0.6160
363	13	C	Dilatate si chiuretaj, conizatie si implant radioactiv pentru neoplazii	0.8958
364	13	C	Dilatate si chiuretaj, conizatie, exceptie neoplazii	0.6893
365	13	C	Alte proceduri chirurgicale asupra tractului genital feminin	1.0846
366	13	M	Neoplazii ap. reproductiv feminin cu complicatii si comorbiditati	1.1170
367	13	M	Neoplazii ap. reproductiv feminin fara complicatii si comorbiditati	0.5246
368	13	M	Infectii ap. reproductiv feminin	0.5642
369	13	M	Tulburari menstruale si alte tulburari ale aparatului genital feminine	0.4318
370	14	C	Cezariana cu complicatii si comorbiditati	0.8573
371	14	C	Cezariana fara complicatii si comorbiditati	0.6318
372	14	M	Nasterea vaginala cu diagnostic complicat	0.5465
373	14	M	Nasterea vaginala fara diagnostic complicat	0.4358
374	14	C	Nastere vaginala cu sterilizare si/sau dilatare si chiuretaj	0.6210
375	14	C	Nasterea vaginala cu alte proceduri chirurgicale cu exceptia sterilizarii si/sau dilatare si chiuretaj	0.8636
376	14	M	Diagnostic postpartum si postabortum fara interventii chirurgicale	0.4626
377	14	C	Diagnostic postpartum si postabortum cu interventii chirurgicale	0.8590
378	14	M	Sarcina ectopica	0.6810
379	14	M	Iminenta de avort	0.6140
380	14	M	Avortul fara dilatare si chiuretaj	0.4688
381	14	C	Avortul cu dilatare si chiuretaj, chiuretaj prin aspiratie sau hysterotomie	0.5612
382	14	M	Falsul travaliu	0.3827
383	14	M	Alte diagnostice antepartum cu complicatii si comorbiditati medicale	0.4641
384	14	M	Alte diagnostice antepartum fara complicatii si comorbiditati medicale	0.4358
385	15	M	Fatul mort sau transferat la o alta unitate de ingrijiri acute	3.0686
386	15	M	Prematurul foarte mic sau sindromul de detresa respiratorie	5.1301
387	15	M	Prematuritate cu probleme majore	1.6385
388	15	M	Prematuritate fara probleme majore	0.3709
389	15	M	Nou-nascutul la termen cu probleme majore	0.4357
390	15	M	Nou-nascutul cu alte probleme semnificative	0.1721
391	15	M	Nou-nascutul normal	0.1344
392	16	C	Splenectomie varsta >17 ani	2.2407
393	16	C	Splenectomie varsta 0-17 ani	1.4521
394	16	C	Alte interventii chirurgicale pentru organele hematopoetice sau sange	1.9666
395	16	M	Boli la nivelul hematiilor varsta >17 ani	0.7235
396	16	M	Boli la nivelul hematiilor varsta 0-17 ani	0.7602
397	16	M	Boli de coagulare	1.3608
398	16	M	Boli reticuloendoteliale si imune cu complicatii si comorbiditati	1.4219
399	16	M	Boli reticuloendoteliale si imune fara complicatii si comorbiditati	0.5801
400	17	C	Limfom si leucemia cu interventii chirurgicale majore	2.5848
401	17	C	Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale cu complicatii si comorbiditati	2.4312
402	17	C	Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale fara complicatii si comorbiditati	1.0961
403	17	M	Limfom si leucemia non-acuta cu complicatii si comorbiditati	1.8642
404	17	M	Limfom si leucemia non-acuta fara complicatii si comorbiditati	0.9754
405	17	M	Leucemia acuta fara interventii chirurgicale majore varsta 0-17 ani	5.8928
406	17	C	Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferite cu interventii chirurg majore cu complicatii si comorbiditati	2.3899

407	17	C	Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferentiate cu interventii chirurg majore fara complicatii si comorbiditati	1.3159
408	17	C	Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferentiate cu alte interventii chirurgicale	2.4381
409	17	M	Radioterapia	0.8810
410	17	M	Chemoterapie fara leucemie acuta ca diagnostic secundar	1.1128
411	17	M	Istoric de neoplazie fara endoscopie	0.3769
412	17	M	Istoric de neoplazie cu endoscopie	0.7133
413	17	M	Alte boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferentiate cu complicatii si comorbiditati	1.2997
414	17	M	Alte boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferentiate fara complicatii si comorbiditati	0.8384
415	18	C	Interventii chirurgicale pentru boli infectioase si parazitare	2.8385
416	18	M	Septicemia varsta > 17 ani	1.3316
417	18	M	Septicemia varsta 0-17 ani	0.7935
418	18	M	Infectii postoperatorii si post traumatice	0.7472
419	18	M	Febra de cauza necunoscuta varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	0.7746
420	18	M	Febra de cauza necunoscuta varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0.4703
421	18	M	Boli virale, varsta >17 ani	0.5534
422	18	M	Boli virale si febra de cauza necunoscuta la varste 0- 17 ani	0.3877
423	18	M	Diagnosticarea altor boli infectioase si parazitare	1.3290
424	19	C	Interventii chirurgicale pentru diagnostic principal de boala mentala	2.3301
425	19	M	Reactia acuta de adaptare si disfunctia psihosociala	0.5872
426	19	M	Nevroza depresiva	0.4723
427	19	M	Nevrozele cu exceptia depresiei	0.5847
428	19	M	Tulburari de personalitate si control al impulsului	1.1703
429	19	M	Tulburari organice si retardarea mentala	0.9343
430	19	M	Psihozele	0.8075
431	19	M	Tulburari mentale la copii	0.8491
432	19	M	Diagnosticul altor boli mentale	1.0565
433	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, externat la cerere	0.2255
434	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, dezintoxicarea sau alte trat. simptomatice cu complicatii si comorbiditati	0.5386
435	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/med, dezintoxicarea sau alte trat. simpt. fara complicatii si comorbiditati	0.3176
436	20	M	Dependenta de alcool/medicamente cu terapie de recuperare	0.7433
437	20	M	Dependenta de alcool/med. cu combinarea recuperarii si terapiei de detoxifiere	0.5292
439	21	C	Grefa cutanata pentru leziuni	2.0993
440	21	C	Debridarea plagilor/leziunilor	1.7458
441	21	C	Manopere manuale pentru leziuni	0.9130
442	21	C	Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni cu complicatii si comorbiditati	1.9433
443	21	C	Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni fara complicatii si comorbiditati	0.8701
444	21	M	Leziuni traumatice varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.5716
445	21	M	Leziuni traumatice varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3957
446	21	M	Leziuni traumatice varsta 0-17 ani	0.3510
447	21	M	Reactii alergice varsta >17 ani	0.3781
448	21	M	Reactii alergice varsta 0-17 ani	0.2441
449	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0.7575
450	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0.3882
451	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta 0-17 ani	0.4293
452	21	M	Complicatii ale tratamentelor, cu complicatii si comorbiditati	0.8362
453	21	M	Complicatii ale tratamentelor, fara complicatii si comorbiditati	0.4312

454	21	M	Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice cu complicatii si comorbiditati	0.5459
455	21	M	Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice fara complicatii si comorbiditati	0.3323
461	23	C	Interventii chirurgicale si diagnostice in cadrul contactului cu alte servicii de sanatate	1.9454
462	23	M	Recuperare	1.6187
463	23	M	Semne si simptome cu complicatii si comorbiditati	0.6307
464	23	M	Semne si simptome fara complicatii si comorbiditati	0.4293
465	23	M	Ingrijire postterapeutica cu istoric de neoplazie ca diagnostic secundar	0.5328
466	23	M	Ingrijire postterapeutica fara istoric de neoplazie ca diagnostic secundar	0.6200
467	23	M	Alti factori care influenteaza starea de sanatate.	0.2338
468		C	Interventii chirurgicale extinse nelegate de diagnosticul principal	2.6856
469			Diagnostic principal invalid ca diagnostic de externare	0.0000
470			Negrupabil	0.0000
471	8	C	Interventii asupra articulatiilor mari (bilaterale sau multiple) ale membrelor inferioare	3.1039
473	17	M	Leucemie acuta fara interventii chirurgicale majore varsta >17 ani	4.6522
475	4	M	Diagnostice aparat respirator cu suport ventilator	3.0217
476		C	Interventii operatorii prostatice ce nu au legatura cu diagnosticul principal	1.7419
477		C	Interventii operatorii limitate ce nu au legatura cu diagnosticul principal	1.4460
478	5	C	Alte interventii vasculare cu complicatii si comorbiditati	2.0940
479	5	C	Alte interventii vasculare fara complicatii si comorbiditati	1.1974
480		C	Transplant hepatic	16.7572
481		C	Transplant de maduva	9.3865
482		C	Traheostomie pentru diagnostic la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului	3.9011
483		C	Traheostomie cu exceptia diagnosticare la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului	13.6071
484	24	C	Craniotomie pentru traumatisme semnificative multiple	6.2160
485	24	C	Reimplantarea membrelor, interventii asupra soldului si femurului pentru traum. semnificative multiple	5.0386
486	24	C	Alte interventii chirurgicale pentru traumatisme multiple semnificative	4.7737
487	24	M	Alte traumatisme multiple semnificative	1.2767
488	25	C	Infectia HIV cu interventii chirurgicale extinse	4.4156
489	25	M	Infectia HIV cu boli majore asociate	1.5360
490	25	M	Infectia HIV cu sau fara alte boli asociate	0.9630
491	8	C	Reatasarea membrelor si interventii asupra articulatiilor mari ale membrelor superioare	1.5304
492	17	M	Chimioterapie cu leucemie acuta ca diagnostic secundar	5.8782
493	7	C	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	1.2538
494	7	C	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	0.8036
495		C	Transplantul pulmonar	20.2084
496	8	C	Tasare spinala combinata antero/posterioara	5.1791
497	8	C	Tasare spinala cu complicatii si comorbiditati	2.9090
498	8	C	Tasare spinala fara complicatii si comorbiditati	1.7937
499	8	C	Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale cu complicatii si comorbiditati	1.0513
500	8	C	Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale fara complicatii si comorbiditati	0.6732
501	8	C	Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie cu complicatii si comorbiditati	1.8734
502	8	C	Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie fara complicatii si comorbiditati	1.1476
503	8	C	Interventii pe genunchi fara dg. princ. infectie	1.0468
504	22	C	Arsuri extinse de grad 3 cu grefa de piele	19.3756
505	22	C	Arsuri extinse de grad 3 fara grefa de piele	2.0409
506	22	C	Arsuri profunde cu grefa de piele sau lez. prin inhalare cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnif	4.7616
507	22	C	Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnif	2.0351
508	22	M	Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnif	1.0639
509	22	M	Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnif	0.6656
510	22	M	Arsuri superficiale cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	1.4773
511	22	M	Arsuri superficiale fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	0.7493

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de diagnostice (*Diagnostic Related Groups – DRG*): o schemă de clasificare a pacienților externati (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Grouper: aplicație computerizată (*software*) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Case-mix (complexitatea cazurilor): tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate.

Indicele de case mix (indicele de complexitate a cazurilor): număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

$$\text{ICM pentru spitalul A} = \sum(\text{Valoare Relativă DRG}_i \times \text{nr. de cazuri DRG}_i) / \text{Total nr. cazuri spital A}$$

Pacienți ponderați (cazuri ponderate – CP): pacienți „virtuali” generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz.

$$\text{Nr. CP} = \text{Nr. cazuri} \times \text{ICM}$$

Costul pe caz ponderat (rata de bază) – CCP: valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

— pentru un spital:

$$\text{RBS}_{2001} = \text{cheltuiala spitalului}_{2001} / \text{nr. total cazuri ponderate}_{2001}$$

— la nivel național:

$$\text{RBN}_{2001} = \text{cheltuiala spitale nivel național}_{2001} / \text{nr. total cazuri ponderate}_{2001}$$

Tariful pe caz ponderat (TCP): valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital

— pentru anul 2002:

$$\text{TCP}_{2002} = \text{CCP}_{2001} \times \text{Factorul de corecție corespunzător inflației}$$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$$\text{TC}_{\text{DRGi}} = \text{TCP}_{2002} \times \text{VR}_{\text{DRGi}}$$

Abrevieri:

DRG = Grupe de diagnostice

CMD = Categorii majore de diagnostice

VR = Valoare relativă

RB = Rata de bază

ICM = Indice de case mix (complexitate a cazurilor)

CP = Cazuri ponderate

LISTA

cuprinzând serviciile medicale de înaltă performanță și alte servicii
a căror contravaloare nu este suportată de casele de asigurări de sănătate

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezonanță magnetică nucleară 2. Tomografie computerizată 3. Scintigrafie 4. Angiografie | <p>care nu se încadrează
în prevederile art. 10 alin. (2)
din anexa nr. 1</p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 5. Endoscopie — la cerere 6. Osteodensitometrie cu DEXA 7. Fertilizare „in vitro“ 8. Tratamente chirurgicale plastice și reparatorii în scop estetic, inclusiv transplantul de păr la cerere 9. Chirurgie compartimentală și de reconstrucție la cerere 10. Epilare 11. Gimnastică medicală 12. Socioterapie 13. Acordarea de asistență medicală de recuperare și terapie fizicală
— manipulări, tracțiuni, terapie manuală mai mult de două săptămâni
— pentru un număr mai mare de două reconsulturi periodice, pentru evaluarea evoluției bolii și a nivelului disfuncțional, pentru corectarea programului de recuperare 14. Program de relaxare generală în grup 15. Mecanoterapie 16. Terapia cu dermojet 17. Dermabraziune 18. Tratamentul comedoanelor cu comedon-extractor | |

URGENȚELE MEDICO-CHIRURGICALE MAJORE

care beneficiază de explorări imagistice de înaltă performanță decontate de casa de asigurări de sănătate

Explorări computer-tomograf (CT):

1. politraumatisme cu afectare scheletară, de părți moi și/sau de organe interne
2. monotraumatisme:
 - cranio-cerebrale
 - coloană vertebrală
 - torace
 - abdomino-pelvine
 - extremități
3. fracturi deschise ale membrelor
4. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)
5. hemoragii externe (hematemeză, hematurie, rectoragie)
6. accidente cerebro-vasculare acute, în primele 24 de ore
7. insuficiență respiratorie acută prin:
 - corp străin în căile aeriene
 - edem pulmonar acut
 - pleurezii masive
 - pneumotorax
 - afecțiuni bronho-pneumonice
 - embolie pulmonară
8. abdomen acut (de ex. pancreatită acută, perforații de organe cavitare etc.)
9. meningo-encefalită acută
10. stări comatoase

Explorări prin Rezonanță Magnetică (RM):

1. traumatisme vertebrale, cu afectare radiculo-medulară
2. traumatisme ale extremităților cu afectare vasculo-nervoasă
3. accidente vasculare cerebrale ischemice în primele 24 de ore, nevizualizate CT
4. traumatisme orbitare și dezlipirea de retină
5. meningo-encefalită acută
6. stări comatoase de cauză cerebrală fără vizualizare CT a leziunilor
7. leziuni disco-vertebrale cu afectare radiculo-medulară și impotență funcțională (sciatică hiperalgică, tetrapareză, tulburări sfincteriene etc.)

Explorări scintigrafice:

1. trombo-embolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 de ore, cu aspect CT neconcludent.

UNITATEA SANITARĂ.....
 DEPARTAMENTUL.....
 Șef departament

Tel:

Fax:

URGENTĂ: DA / NU**FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RM**

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume..... Prenume..... telefon.....

2. Cod numeric personal

3. Greutate.....Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU

Alte case

Achitat cu chitanța nr.....

5. Internat DA/NU – Secțianr.FO.....

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic :

DA/NU

7. Dg. trimitere.....

8. Date clinice și paraclinice care să justifice
explorarea RM:.....

9. Examen CT/RM anterior: DA/NU

Dacă DA Data.....Unde.....

Trimis de (spital, clinică).....

Medic solicitant..... Data:.....

Semnătura și parafa medicului solicitant

**Aviz șef secție solicitantă cu asumarea
responsabilității:**

(semnătura și parafa)

Programare examen RM

Data:.....

Ora:.....

Substanță contrast:.....

Precizări:.....

Observații speciale legate de pacient:

1. Asistat cardiorespirator..... DA / Nu
2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
3. Antecedente alergice..... DA / NU
4. Astm bronșic..... DA / NU
5. Crize epileptice..... DA / NU
6. Suspiciune de sarcină..... DA / NU
7. Claustrofobie
8. Clipuri chirurgicale,
mat. metalice de sutură
9. Valve cardiace, ventriculare
10. Proteze auditive
11. Dispozitive intrauterine
12. Proteze articulare,
materiale de osteosinteză
13. Materiale stomatologice
14. Alte proteze
15. Meserii legate de prelucrarea metalelor
(schije, obiecte metalice)
16. Corpi străini intraocular
17. Schije, gloanțe, obiecte metalice

Semnătura pacientului

Rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2-3 ore iar rezultatul scris în cel mult 24 h.

**PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O
CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!!**

*) Anexele nr. 10, 11 și 12 sunt reproduse în facsimil.

UNITATEA SANITARĂ..... Tel:
 DEPARTAMENTUL..... Fax:

Şef departament

URGENTĂ: DA / NU

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ ţintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume.....Prenume.....telefon.....

2. Cod numeric personal.....

3. Greutate.....Kg

4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU

Alte case

Achitat cu chitanţa nr.....

5. Internat DA/NU – Secţianr.FO.....

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic : DA/NU

7. Dg. trimitere.....

8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea CT:.....

.....

9. Examen CT anterior:DA/NU

10.Toleranţa la substanţa iodată:DA/NU

Trimis de (spital, clinică).....

Medic solicitantData:.....

Semnătura şi parafa medicului solicitant

**Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea
 responsabilităţii:**

(semnătura şi parafa)

Programare examen CT

Data:.....

Ora:.....

Substanţă contrast:.....

Precizări:.....

.....

.....

Diagnostic CT stabilit.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pentru URGENTE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1-2 ore iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore

UNITATEA SANITARĂ..... Tel:
 DEPARTAMENTUL..... Fax:

Şef departament

URGENTĂ: DA / NU

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat

Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume.....Prenume.....telefon.....

2. Cod numeric personal.....

3. Greutate.....Kg

4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU

Alte case

Achitat cu chitanţa nr.....

5. Internat DA/NU – Secţianr.FO.....

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic : DA/NU

7. Dg. trimitere.....

8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea

.....

.....

.....

.....

.....

9. Examen scintigrafic anterior:DA/NU

10. Stări alergice*: DA/NU

Trimis de (spital, clinică).....

Medic solicitant Data:

Semnătura şi parafa medicului solicitant

**Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea
 responsabilităţii:**

(semnătura şi parafa)

Programare examen scintigrafic

Data:.....

Ora:.....

Precizări*:.....

.....

.....

Diagnostic scintigrafic stabilit.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Sarcina reprezintă contraindicaţie de efectuare a examenului scintigrafic

Semnătura pacientului
 (acolo unde este necesară confirmarea)

Rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în **12 ore** iar rezultatul scris în **24 ore**

LISTA

**serviciilor medicale și a documentelor eliberate
pentru aceste servicii care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate**

1. Servicii medicale și documente medicale solicitate de autorități care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților

2. Servicii medicale la cerere, indiferent de statutul persoanei care solicită aceste servicii

3. Veniturile realizate din activitățile menționate la pct. 1 și pct. 2 reprezintă venituri proprii ale unităților sanitare care le-au efectuat. Tarifele acestor servicii se stabilesc de către unitățile sanitare. Pentru

aceste servicii se eliberează chitanțe fiscale, cu precizarea serviciului furnizat.

4. Servicii medicale solicitate de:

- medicii de expertiză a capacității de muncă
- medicii de medicină legală
- medicii de medicină sportivă
- medicii de medicina muncii

**Condițiile acordării serviciilor medicale de urgență prespitalicești
și altor tipuri de transport contractate cu casele de asigurări de sănătate și modalitățile de plată ale acestora**

Art. 1. — Asistența medicală de urgență prespitalicească se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori:

a) indicatori cantitativi:

— numărul de kilometri echivalenți, numărul de mile sau numărul de ore de zbor;

— numărul de solicitări;

b) indicatori calitativi:

— promptitudinea — se aplică din trimestrul IV al anului 2002;

— concordanța dintre diagnosticul stabilit de medicul din serviciul de ambulanță și cel stabilit la nivelul structurii de primire urgențe.

Art. 2. — Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale de urgență prespitalicești și alte tipuri de transport se stabilește astfel:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) estimați a fi parcurși înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se determină în limita tarifului maxim prevăzut în anexa nr. 15, ținând cont de gradul de utilizare a mijlocului de transport. Gradul de utilizare a mijlocului de transport reprezintă raportul dintre numărul de ore cât mijlocul de transport se află la intervenție și numărul total de ore aferent programului normal de lucru al conducătorului autovehiculului, ca medie lunară.

Pentru serviciile de transport aerian și pe apă suma contractată se calculează pe baza numărului de ore de zbor, respectiv a numărului de mile, estimat înmulțit cu tariful negociat pe ora de zbor, respectiv pe milă.

b) pentru serviciile medicale de urgență prespitalicești suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport). La negocierea tarifului pe solicitare, în cazul cheltuielilor de personal, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere și frecvența solicitărilor.

Art. 3. — Transportul bolnavilor efectuat pentru consulturi interdisciplinare sau consulturi interclinice, precum și transportul personalului de specialitate pentru consulturi interdisciplinare în vederea rezolvării exclusive a cazurilor de urgență medico-chirurgicale se decontează de unitatea sanitară care a solicitat transportul respectiv, dacă medicul curant și șeful de secție consideră necesare aceste consulturi.

Art. 4. — Asigurații care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate din județul în care se află unitatea sanitară care externează bolnavul.

Art. 5. — Medicul care acordă servicii medicale de urgență prespitalicești din serviciul ambulanță eliberează prescripții medicale cu contribuție

personală din partea asiguraților, numai pentru o perioadă de până la 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 în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgență prespitalicești poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

Art. 6. — Serviciile de ambulanță pot asigura servicii medicale de urgență prespitalicești și de transport medical, altele decât cele decontate de casele de asigurări de sănătate, către terți, pe bază de tarife proprii, plătite direct de către solicitanți pe bază de chitanță fiscală.

Art. 7. — Suma contractată anual de către furnizorii de servicii medicale de urgență prespitalicești cu casele de asigurări de sănătate se defalcă pe trimestre și pe luni.

Art. 8. — (1) Decontarea serviciilor medicale de urgență prespitalicești și a altor tipuri de transport medical se face lunar, în raport cu numărul efectiv de kilometri echivalenți parcurși, mile efectiv parcurse, respectiv ore de zbor, și tarifele negociate, precum și cu numărul efectiv de solicitări și tarifele negociate pe solicitare.

(2) În situația în care numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși, numărul total al milelor parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor, este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport.

(3) În situația în care numărul kilometrilor parcurși, numărul milelor parcurse, respectiv numărul orelor de zbor, este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

(4) În situația în care numărul solicitărilor rezolvate este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport.

(5) În situația în care numărul solicitărilor rezolvate este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

Art. 9. — Pentru solicitările abuzive (solicitări neconfirmate prin diagnostic ca urgență medicală) serviciile de ambulanță fac raportări lunare la casele de asigurări de sănătate, cu precizarea numelui și codului numeric personal al celor care au făcut astfel de solicitări.

Art. 10. — La decontare, începând cu trimestrul IV al anului 2002, timp necesar introducerii unui sistem unitar de monitorizare, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere și indicatorul calitativ „promptitudinea”. Promptitudinea este definită ca fiind timpul scurs de la primirea apelului până la plecarea în misiune. Pentru urgențele majore timpul

maxim este de 3 minute, iar pentru urgențele de gradul II timpul maxim este de 10 minute.

Art. 11. — Indicatorul „concordanță între diagnosticul stabilit de medicul din serviciul de ambulanță și diagnosticul stabilit la nivelul structurilor

de primire urgențe“ se raportează lunar la casele de asigurări de sănătate de către serviciile de ambulanță pe baza înregistrărilor din fișele de solicitare.

ANEXA Nr. 15

**Tarifele maxime aferente mijloacelor de transport
pentru serviciile medicale de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical**

Tipul autovehiculului	Tarif maxim lei/km echivalent*)
Dacia berlină	7.000
Dacia break	7.700
T.V.	9.400
Fiat Ducato	10.000

*) Numărul de km echivalenți se stabilește conform Normativului privind consumul de combustibil și ulei pentru automobil aprobat prin Ordinul MTTc nr. 14/1982.

ANEXA Nr. 16

LISTA

serviciilor medicale de urgență prespitalicești și a altor tipuri de transport medical

I. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore deconstate de casele de asigurări de sănătate

- 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, incendii)
 - 4) Colaps-șoc (traumatic, anafilactic, hipovolemic, cardiogen, toxicoseptic)
 - 5) Monotraumatisme grave (cranio-cerebrale, inclusiv traumatismele faciale cu interesarea globului ocular sau a căilor aeriene superioare, fractură 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 vasculo-nervos
 - 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) Insuficiență respiratorie acută (hipoxia hipoxică, hipoxia respiratorie — corp străin în căile aeriene superioare, edem laringian, astmul acut grav, bronhopneumonia, pleurezii cu lichid masiv, hipoxia cardiacă, șocul cardiogen, edem pulmonar acut, hipoxia anemică severă cu hemoglobina sub 7 g/dL)
 - 18) Embolia pulmonară
 - 19) Sincopă
 - 20) Come
 - 21) Abdomen acut
 - 22) Pancreatită acută

- 23) Septicemie
- 24) Meningită la copii
- 25) Encefalită
- 26) Deshidratarea severă
- 27) Șocul hipotermic
- 28) Tentativă de suicid
- 29) Intoxicații involuntare
- 30) Supradozare droguri
- 31) Convulsii
- 32) Înece
- 33) Electrocutare
- 34) Viol
- 35) Coagulopatii (trombocitopenii, hemofilii, epistaxis) cu hemoragii masive
- 36) Sindromul de coagulare intravasculară diseminată
- 37) Insuficiență renală acută
- 38) Sarcină ectopică ruptă
- 39) Avort complicat cu infecție sau cu șoc hemoragic
- 40) Placenta praevia
- 41) Apoplexia uteroplacentară
- 42) Ruptură uterină
- 43) Eclampsia și preeclampsia
- 44) II P — multipară, contracții uterine dureroase, membrane rupte
- 45) LVII contracții uterine dureroase
- 46) Atac de glaucom
- 47) Dezlipire de retină
- 48) Stări depresive severe
- 49) Stări halucinante delirante
- 50) Stări confuzionale
- 51) Starea stuporoasă
- 52) Ischemie acută periferică.

II. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale de gradul 2 deconstate de casele de asigurări de sănătate ca suspiciune a următoarelor stări morbide

- 1) Angina pectorală (în afară de angina instabilă)
- 2) Entorse
- 3) Luxații
- 4) Fracturi închise ale membrilor și fără leziuni ale pachetului vasculo-nervos
- 5) Reumatismul articular acut în criză
- 6) Sindroame de compresie și/sau iritație radiculară (nevralgia cervicobrahială, lombalgia și lombosciatica) în faza acută
- 7) Artrite septice
- 8) Arsuri termice de gradele 1 și 2, sub 10% din suprafața corpului, cu localizări care fac imposibilă deplasarea
- 9) Hemoragii interne exteriorizate, fără semne de șoc hipovolemic

- 10) Ischemie cerebrală tranzitorie
- 11) Criză de hipertensiune arterială fără complicații
- 12) Tromboflebită acută
- 13) Arterita, fără sindromul de ischemie periferică acută, cu confirmare oscilometrică
- 14) Corpi străini în nas, faringe, fără dispnee, la copii, corpi străini auriculari la copii până la 3 ani
- 15) Astm bronșic în criză
- 16) Insuficiența cardiacă decompensată
- 17) Colica biliară, renală abdominală
- 18) Sindromul subocluziv
- 19) Herniile strangulate fără abdomen acut
- 20) Apendicita acută fără abdomen acut
- 21) Anuria
- 22) Retenția de urină
- 23) Meningita la adulți, holera, difteria, tetanos, botulism, boală diareică cu stare generală alterată
- 24) Agitații psihomotorii sau catatonice
- 25) Politraumatisme minore
- 26) Avort necomplicat
- 27) Diabetul zaharat decompensat
- 28) Primipară contractii uterine dureroase, sarcină până în luna a VII-a cu contractii uterine dureroase
- 29) Stare febrilă cu alterarea stării generale
- 30) Afecțiuni reumatologice cronice confirmate în puseu inflamator, cu deficit motor al membrelor inferioare
- 31) Ciroză hepatică decompensată
- 32) Stări de inconștiență.

III. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate

- 1) transportul urgențelor medico-chirurgicale;
- 2) transportul bolnavilor cu boli infectocontagioase;
- 3) transportul urgențelor toxicologice voluntare sau involuntare;

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

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

6) transportul accidentaților în urma unor accidente de circulație;

7) transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;

8) transportul copiilor prematuri în condiții corespunzătoare de la locul de naștere la unitățile sanitare de specialitate și de la acestea la domiciliu;

9) transportul la spital pentru internare sau investigații al persoanelor nedepasabile;

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

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

12) transportul asiguraților dializați în vederea efectuării dializei, de la/la domiciliu;

13) externarea bolnavilor cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale și a bolnavilor cu deficit motor neurologic major.

IV. Autovehicule și alte mijloace de transport destinate asistenței medicale de urgență prespitalicească și altor tipuri de transport medical:

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 medicalizate pentru asistență medicală, susținerea bazală a funcțiilor vitale și transportul pacienților cu afecțiuni care nu constituie urgențe de gradul 2;

c) autovehicule cu și fără targă, destinate asistenței medicale și transportului pacienților care nu necesită asistență medicală — autosanitare (până la 14 locuri);

d) mijloace de transport pe apă;

e) mijloace de transport aerien.

ANEXA Nr. 17

Condițiile acordării serviciilor medicale de recuperare-reabilitare în sanatorii, preventorii și cabinete medicale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice, contractate cu casele de asigurări de sănătate

Art. 1. — Sumele negociate de către sanatoriile balneare cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și tariful pe zi de spitalizare.

Numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza se calculează în raport cu numărul de internări estimat înmulțit cu durata de spitalizare decontată de casele de asigurări de sănătate în funcție de tipul de asistență balneară.

Tariful pe zi de spitalizare în sanatoriile balneare este diferențiat pe tipuri de sanatorii balneare, potrivit anexei nr. 4.

Valoarea contractului, suportată de casele de asigurări de sănătate, este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților. Contribuția personală a asiguraților reprezintă 25—30% din tariful/zi spitalizare în funcție de tipul de asistență balneară.

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

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 zile, conform aceluși procent. Contribuția personală a asiguraților se încasează de către sanatorii, care eliberează chitanță fiscală pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

Art. 2. — Sumele negociate între casele de asigurări de sănătate și preventorii sau sanatorii, altele decât cele balneare, se stabilesc în funcție de numărul total de zile de spitalizare estimat și tariful/zi spitalizare.

La estimarea numărului de zile de spitalizare se ține seama de numărul de zile de spitalizare înregistrat în anul precedent.

Tariful/zi spitalizare pentru preventorii și sanatorii, altele decât cele balneare, este cel prevăzut în anexa nr. 4.

Art. 3. — Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de

zile de spitalizare efectiv realizate și cu tariful/zi spitalizare din anexa nr. 4.

Art. 4. — Casele de asigurări de sănătate negociază cu unitățile sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice organizate potrivit legii, altele decât cele organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată și modificată prin Legea nr. 629/2001, numărul de servicii medicale și tipul acestora, luând în calcul tarifele aferente cuprinse în anexa nr. 18, rezultând suma negociată și contractată.

Art. 5. — Numărul serviciilor medicale negociat și contractat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea totală a contractului.

LISTA

cuprinzând serviciile medicale și tarifele acestora efectuate în unitățile de recuperare-reabilitare, altele decât cele organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată și modificată prin Legea nr. 629/2001

1	Consultație inițială	75.000
2	Consultație de control	50.000
3	Infiltrații peridurale	75.000
4	Mezoterapie	40.000
5	Blocaje nervi periferici	75.000
6	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)	100.000
7	Oscilometrie	50.000
8	Infiltrație în structuri ale țesutului moale	50.000
9	Puncție și infiltrație intraarticulară	75.000
10	Confecționarea și/sau alicarea unei orteze	100.000
11	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni	20.000
12	Bilanț articular	70.000
13	Bilanț muscular	75.000
14	Întocmirea planului de recuperare	55.000
15	Galvanizare	15.000
16	Ionizare	15.000
17	Curenți diadinamici	13.000
18	Trabert	13.000
19	TENS	12.000
20	Hufschmidt	23.000
22	Alte forme de electroterapie de joasă frecvență	12.000
23	Curenți interferențiali	16.500
24	Stereofrem	16.500
25	Myodinaflux	16.500
26	Diafrem	16.500
27	Alte forme de electroterapie de medie frecvență	16.500
28	Unde scurte	16.000
29	Microunde	16.500
30	Diapuls	24.500
31	Ultrasunet	15.000
32	Ultrasunet în apă	16.500
33	Sonodylator	16.500
34	Magnetoterapie	15.000
35	Laser-terapie	12.000
36	Solux	11.500
37	Baie de lumină - parțială	12.000
38	Baie de lumină - generală	16.000
39	Ultraviolete	11.500
Stimulări electrice:		
40	curenți cu impulsuri rectangulare	15.500
41	curenți cu impulsuri exponențiale	16.000
42	Contractia izometrică electrică	19.000
43	Stimulare electrică funcțională	22.500
44	Biofeedback	31.000
45	Băi minerale (sulfuroase, cloruro- sodică, alcalină)	16.000
46	Băi de plante	16.000
47	Băi de dioxid de carbon și bule	16.000
48	Baie cu peria	16.000
49	Halbbad	16.000

*) Anexele nr. 18 și 19 sunt reproduse în facsimil.

50	Whirpool	25.000
51	Băi de nămol	16.000
52	Băi Stanger	24.000
53	Mofete naturale	5.000
54	Mofete artificiale	8.000
55	Băi alternante parțiale	11.000
56	Băi parțiale ascendente (Hauffe)	13.000
57	Băi de șezut	11.000
58	Băi galvanice	19.500
59	Duș subacval	22.000
60	Duș scoțian	18.000
61	Duș masaj	29.000
62	Afuziuni alternante	15.000
63	Irigații vaginale	12.000
64	Duș manta	7.000
65	Duș de șezut	7.000
66	Duș filiform	12.000
67	Aplicații cu parafină	17.000
68	Băi sau pensulații cu parafină	15.000
69	Împachetare generală cu nămol	8.000
70	Împachetare parțială cu nămol	8.000
71	Tampoane vaginale cu nămol	13.000
72	Băi hiperterme + împachetare uscată	40.500
73	Saună	18.000
74	Crioterapie (masaj cu gheață)	16.000
75	Masaj regional	15.000
76	Masaj segmentar	12.000
77	Masaj reflex	12.000
78	Limfomasaj	39.000
79	Masaj pneumatic al extremităților (Angiomat și Leg pump)	17.000
80	Masaj vacuumatic	17.000
81	Masaj vibrator	10.000
82	Aerosoli individuali	20.000
83	Respirație în presiune pozitivă	20.000
84	Pulverizație cameră	10.000
85	Drenaj bronșic + vibromasaj	19.500
86	Hidrokinetoterapie individuală generală	32.000
87	Hidrokinetoterapie parțială	18.000
88	Kinetoterapie individuală	29.000
89	Tracțiuni vertebrale și articulare	18.000
90	Manipulări vertebrale	26.000
91	Manipulări articulații periferice	15.000
92	Kinetoterapie cu aparatură specială: covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac de vâslit	13.000

Notă:

Costurile pentru aceste servicii care se acordă în asistența ambulatorie în unități de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice se raportează în vederea decontării și se suportă din fondurile de asigurări sociale de sănătate numai pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri/zi), după care bolnavul plătește integral procedurile.

Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale. În situația în care baza de tratament aparține stațiunii sau unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale la nivelul tarifelor de mai sus, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

LISTA
serviciilor de îngrijiri la domiciliu și tarifele maxime

– lei –

Nr. crt.	SERVICIU DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU	TARIF MAXIMAL/ SERVICIU
1.	Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatura + respirație	7.000
2.	Monitorizarea parametrilor fiziologici: puls + TA	7.000
3.	Monitorizarea parametrilor fiziologici: diureza + scaun	5.000
4.	Administrarea medicamentelor per os	5.000
5.	Administrarea medicamentelor intramuscular*	15.000
6.	Administrarea medicamentelor intravenos*	25.000
7.	Administrarea medicamentelor subcutanat/intradermic*	12.000
8.	Administrarea medicamentelor intravezical pe sonda vezicala	20.000
9.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasa*	55.000
10.	Administrarea medicamentelor pe suprafața mucoaselor/tegumentelor	7.000
11.	Administrarea medicamentelor pe seringă automată*	25.000
12.	Măsurarea glicemiei cu glucometrul	20.000
13.	Recoltarea produselor biologice	20.000
14.	Alimentarea artificială pe sonda gastrică sau nazogastrică	30.000
15.	Alimentarea artificială pe gastrostoma	30.000
16.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție	35.000
17.	Clisma cu scop evacuator	18.000
18.	Clisma cu scop terapeutic	18.000
19.	Spălatura vaginală	18.000
20.	Manevre terapeutice pentru evitarea escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor	40.000
21.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie	35.000
22.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrilor inferioare: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, bandaj compresiv	40.000
23.	Îngrijirea plagilor simple	35.000
24.	Îngrijirea plagilor suprainfectate	50.000
25.	Îngrijirea escarelor multiple	50.000
26.	Îngrijirea stomelor	30.000
27.	Îngrijirea fistulelor	35.000
28.	Îngrijirea tubului de dren	30.000
29.	Îngrijirea canulei traheale	30.000
30.	Schimbarea sondelor vezicale urinare la femei	120.000
31.	Monitorizarea dializei peritoneale	30.000
32.	Eliminarea manuală a fecaloamelor	50.000
33.	Aplicarea de pampers, plosca, bazinet**)	20.000

Nota: În tarifele maxime sunt incluse și costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.

***) În tariful maximal al serviciului nu este inclus și costul pampersului.

LISTA

criteriilor de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul unităților spitalicești

1. Semnalizarea în zonă
2. Autorizație sanitară de funcționare
3. Accreditarea personalului care oferă servicii medicale în spitale (medici, cadre medii)
4. Respectarea normativelor în vigoare în ceea ce privește încadrarea cu personal, număr de paturi
5. Existența secției/compartimentului de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale, în conformitate cu ordinul ministrului sănătății și familiei în vigoare
6. Existența și respectarea programului DDD pe întreg spital
7. Asigurarea condițiilor de securitate fizică a persoanelor internate, prin interzicerea în perimetrul spitalului a animalelor și persoanelor care nu au legătură cu activitățile din spital
8. Structuri de primire urgențe:
 - o cameră de gardă pentru fiecare specialitate sau unitate/compartiment primiri urgențe și birou de internări
 - dotare cu mobilier, aparatură, aparat de urgență (medicație) specifice profilului
 - prezența unei echipe medicale formate din cel puțin un medic, un cadru mediu, un infirmier/brancardier
 - sală de așteptare dotată corespunzător, cu trasee funcționale
 - accesibilitatea — să existe rampă de acces pentru salvări și lift pentru camerele de gardă situate la etaj
 - decizia de internare a pacientului va fi luată de medicul specialist/primar în specialitatea respectivă sau de medicul specialist/primar în urgență
 - medicul șef de secție va analiza la 24 de ore oportunitatea continuării spitalizării pentru toți pacienții internați
 - internarea pacienților se va face în funcție de diagnostic pe secția de profil
 - pacientul va fi, obligatoriu, igienizat înainte de a fi dus pe secție
 - pacientul va fi, obligatoriu, transportat/însoțit de la internare pe secția respectivă de personalul auxiliar de la camera de gardă sau de pe secție

9. Secție:
 - respectarea programului de activitate; medicii din spital nu vor acorda consultații pe secție și în timpul programului de lucru din spital pentru pacienții neinternați
 - foile de observație — completate zilnic, astfel încât evoluția să justifice medicația și investigațiile paraclinice
 - se va face confirmarea diagnosticului la 24—72 de ore de la internare de către medicul de salon
 - medicația va fi acordată integral de spital; scrisă în foile de observație de medicul de salon sau rezident (sub stricta supraveghere a medicului de salon); medicația scrisă în condica de medicamente de medicul de salon sau rezident/cadru mediu (sub stricta supraveghere a medicului de salon)
 - tratamentul per os va fi administrat fracționat și sub supravegherea cadrului mediu
 - pacientul valid va merge la explorările/investigațiile din alte secții însoțit de cel puțin un cadru mediu sau de infirmier
 - personalul auxiliar care manipulează alimentele nu va mai efectua și alte manevre de îngrijiri
 - să existe meniuri diferențiate pe afecțiuni
 - să existe, să se respecte orarul de vizite pentru aparținători și să se impună vestimentația de protecție
 - medicul de salon va comunica, prin scrisoare medicală, cu medicul de familie/specialistul din ambulatoriu care a trimis pacientul spre internare
 - la externare, medicul de salon va elibera rețetă gratuită/compensată, conform legislației în vigoare
 - drepturile și obligațiile pacienților — afișate vizibil pe fiecare secție
10. Criteriile de calitate pentru actul medical vor fi stabilite de Colegiul Medicilor din România
11. Respectarea criteriilor de calitate a serviciilor medicale va fi controlată de Serviciul Medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România

CONTRACT

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, reprezentat prin

având autorizația de înființare nr. autorizația sanitară de funcționare nr., codul fiscal și contul nr. deschis la trezoreria statului.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract. Pentru sumele acordate spitalelor prin programele naționale se încheie contracte distincte, iar pentru sumele aferente arieratelor se încheie un act adițional potrivit ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

III. Servicii medicale spitalicești

Art. 2. — (1) Serviciile medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate se furnizează în baza recomandării de internare din partea medicului de familie acreditat sau a medicului de specialitate din ambulatoriu, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, bolilor infecto-contagioase care necesită izolare și tratament, internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale și a bolnavilor de TBC.

(2) Aceste servicii 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;
- f) recomandări la externare.

IV. Durata contractului

Art. 3. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 4. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001.

V. Obligațiile părților

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

- a) să deconteze în baza facturii și a documentelor însoțitoare furnizorilor de servicii medicale spitalicești contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale;
- b) să aloce în primele 15 zile ale lunii sume de până la 80% din sumele corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare;
- c) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale spitalicești asupra condițiilor de contractare;
- d) să deconteze serviciile medicale spitalicești acordate asiguraților, în cazul unităților spitalicești care contractează servicii medicale cu o singură casă de asigurări de sănătate, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;
- e) să verifice autorizarea sanitară de funcționare și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale;
- f) să monitorizeze activitatea furnizorilor de servicii medicale prevăzută în prezentul contract.

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

- a) să acorde servicii medicale asiguraților respectând criteriile de calitate elaborate de către Colegiul Medicilor din România și Casa Națională de Asigurări de Sănătate și să respecte criteriile de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul unității;
- b) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență, ori de câte ori se solicită aceste servicii;
- c) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege spitalul;
- d) 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;
- e) 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;
- f) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;
- g) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate, să respecte destinația acestor fonduri și să nu angajeze nejustificat cheltuieli din fondul de asigurări sociale de sănătate peste suma contractantă, cu excepția cheltuielilor generate de serviciile medicale în caz de urgență, altele decât cele contractate. Pentru eficientizarea serviciilor medicale se vor întocmi liste de așteptare, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală;
- h) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale spitalicești, contra cost, de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea serviciilor furnizate la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești;
- i) să asigure din fondurile contractate cheltuieli pentru combaterea infecțiilor nosocomiale;
- j) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat. În situația în care pacientul nu poate face dovada de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare și anunță casa de asigurări cu care a încheiat contract de furnizare de servicii, casa de asigurări de sănătate având obligația de a deconta spitalului sumele aferente serviciilor medicale de urgență;
- k) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- l) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- m) să se îngrijească de asigurarea permanenței serviciilor medicale furnizate asiguraților internați;
- n) să transmită datele și informațiile solicitate de casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate ori tratate, fiind direct răspunzător de corectitudinea acestora și utilizând formularele de raportare stabilite prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei și care se pun la dispoziție în mod gratuit;
- o) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici prevăzuți în anexa nr. 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România nr. 630/4.234/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, numit în continuare *ordin*;
- p) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- q) să elibereze documente medicale (certIFICATE medicale, certificate pentru îngrijirea copilului bolnav etc.). Casele de asigurări de sănătate nu decontează acele servicii medicale necesare pentru eliberarea unor documente medicale prevăzute în anexa nr. 13 la ordin;
- r) să acorde asistență medicală tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția la asigurările sociale de sănătate pentru aceștia;
- s) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale prespitalicești și alte tipuri de transport solicitate serviciilor de ambulanță;
- t) spitalele care derulează programe naționale de sănătate vor raporta indicatorii prevăzuți în normele privind execuția, raportarea și controlul programelor și vor utiliza eficient sumele cu această destinație. Pentru aceste activități, spitalele vor avea evidențe distincte.

VI. Modalități de plată

Art. 7. — (1) Pentru spitalele finanțate pe bază de tarif pe zi de spitalizare, suma contractată aferentă serviciilor medicale spitalicești se determină în funcție de următorii indicatori, utilizând metodologia prevăzută în anexa nr. 1 la ordin.

Numărul de zile de spitalizare contractat în anul 2002, desfășurat pe tipuri de secții

Secția	Numărul de cazuri spitalizate contractat	Durata optimă de spitalizare	Numărul de zile de spitalizare contractat	Tariful pe zi de spitalizare/secție*)
0	1	2	3	4

*) Tariful pe zi de spitalizare/secție luat în calcul pentru determinarea sumelor aferente fiecărei secții este cel prevăzut în anexa nr. 4 la ordin.

Suma pentru serviciile medicale spitalicești contractate se obține prin înmulțirea numărului de cazuri spitalizate contractate cu durata optimă de spitalizare și cu tariful pe zi de spitalizare.

Suma stabilită pentru anul 2002 este de lei.

La începutul fiecărei luni, pentru luna în curs, casa de asigurări de sănătate poate acorda furnizorului de servicii medicale până la 80% din suma aferentă lunii respective.

(2) Pentru spitalele finanțate prin tarif pe persoană internată — tip caz rezolvat

Spitalul	Numărul de cazuri externate în 2002	Indicele de case-mix pentru anul 2001*)	Tariful pe caz ponderat**)

*) Indicele de case-mix este cel prevăzut în anexa nr. 5 la ordin.

**) Tariful pe caz ponderat este cel prevăzut în anexa nr. 6 la ordin.

Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru cazurile spitalizate se obține prin înmulțirea numărului cazurilor externate cu indicele de case-mix pentru anul 2001 și cu tariful pe caz ponderat pentru anul 2002.

La începutul fiecărei luni, pentru luna în curs, casele de asigurări de sănătate acordă spitalelor până la 80% din suma corespunzătoare lunii curente, urmând ca acordarea diferenței de până la 95% din suma lunară contractată să se efectueze în luna următoare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2002 se defalcchează trimestrial după cum urmează:

— Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

— luna I lei

— luna II lei

— luna III lei

— Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

— luna IV lei

— luna V lei

— luna VI lei

— Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

— luna VII lei

— luna VIII lei

— luna IX lei

— Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

— luna X lei

— luna XI lei

— luna XII lei.

(4) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează diferența față de sumele cuvenite pentru serviciile medicale furnizate. În cazul în care suma acordată la începutul lunii este mai mare decât suma cuvenită pentru serviciile medicale furnizate, regularizarea se face în luna următoare.

Pentru spitalele finanțate prin tarif pe persoană internată — tip caz rezolvat, lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casele de asigurări de sănătate acordă diferența de până la 95% din suma contractată aferentă lunii precedente. Decontarea finală se face trimestrial, pe baza cazurilor externate și raportate.

(5) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor spitalicești se face pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele activității realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(6) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările ținându-se seama de cazurile spitalizate externate și cele contractate.

Art. 8. — Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr.:, deschis la trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 9. — 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. 10. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 11. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 7 alin. (4) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

Art. 12. — Furnizorul de servicii medicale garantează și răspunde de calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților.

Art. 13. — Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

Art. 14. — 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. 15. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de 10 zile de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă spitalele nou înființate nu încep activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) ridicarea definitivă de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului.

Art. 16. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea prin desființare sau reprofilare;

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

c) acordul de voință al părților;

d) se mută unitatea medicală.

Art. 17. — Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. a) 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. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 18. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul anulării unor servicii de plin drept, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) secție/secții care nu mai îndeplinesc condiții de contractare;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare.

Art. 19. — 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. 20. — 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. 21. — Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 22. — 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. 23. — 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 bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 24. — (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. 25. — Hotărârile comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 24 alin. (2) pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIII. Alte clauze

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

Casa de asigurări de sănătate

Director general,

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat
Oficiul juridic

Furnizor de servicii medicale

Reprezentant legal,

.....

I. Act adițional

privind sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate prevăzute la art. 8 lit. d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001

A. Suma acordată pentru cabinetele stomatologice și structurile de primire urgențe pentru serviciile de urgență din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească

1. Cheltuieli de personal

	Nr. persoane	Fond salarii	Contribuții asupra salariilor suportate de unitate	Total cheltuieli de personal
Total				

2. Cheltuieli de întreținere și funcționare

Pondere cheltuieli de personal în total cheltuieli personal pe unitate (%)	Cheltuieli de întreținere și funcționare spital	Cheltuieli întreținere și funcționare aferente activității
	Total	Total

B. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate, în oncologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, staționar de zi, cabinete de planificare familială din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

1. Cheltuieli de personal

	Nr. persoane	Fond salarii	Contribuții asupra salariilor suportate de unitate	Total cheltuieli de personal
Total				

2. Cheltuieli de întreținere și funcționare

Pondere cheltuieli de personal în total cheltuieli personal pe unitate (%)	Cheltuieli de întreținere și funcționare spital	Cheltuieli întreținere și funcționare aferente activității
	Total	Total

**II. Act adițional
privind sumele pentru cofinanțarea instalării aparatelor de înaltă performanță**

Tipul aparatului	Număr bucăți	Sume acordate
1.	2.	3.
TOTAL	X	

**III. Act adițional
privind sumele pentru plata cheltuielilor de personal a medicilor rezidenți din anii 3—7
și pentru plata cheltuielilor de personal a medicilor, stomatologilor și farmaciștilor,
stagari cu contract de muncă în spital**

An rezidențial	Nr. rezidenți	Din care pe profile			Cheltuieli de personal
		medic	stomatolog	farmacist	
III					
IV					
V					
VI					
VII					
Total					

Nr. stagari	Profil	Fond salarii	Din care suma suportată din fondul de șomaj	Contribuția asupra fondului de salarii	Suma suportată de casa de asigurări de sănătate
1	2	3	4	5	6 = 3-4+5
	Medic Farmacist Stomatolog				
TOTAL	x				

**IV. Act adițional
privind sumele aferente cheltuielilor de personal pentru medicii și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000 în cadrul serviciilor publice specializate**

Nr. persoane	Fond salarii	Contribuții asupra salariilor suportate de unitate	Total cheltuieli de personal
1.	2.	3.	4.
TOTAL			

**V. Act adițional
privind sumele pentru dializă**

Nr. ședință dializă negociat	Tarif/ședință	Suma acordată de casa de asigurări de sănătate pentru dializă
1.	2.	3.
TOTAL		

ANEXA Nr. 22

**CONTRACT
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
Serviciul de ambulanță, cu sediul în, str. nr., tel.fax, reprezentat prin:, având: act de înființare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., codul fiscal și contul nr., deschis la trezoreria statului.

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 spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001 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: asistența medicală la locul accidentului sau al îmbolnăvirii, asistența medicală pe timpul transportului până la unitatea sanitară, transportul medical.

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

IV. Durata contractului

Art. 4. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la 31 decembrie 2002.

Art. 5. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001.

V. Obligațiile părților

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

- să deconteze serviciilor de ambulanță, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale prespitalicești;
- să controleze activitatea serviciilor de ambulanță conform contractelor încheiate cu aceștia;
- să aloce în primele 15 zile ale lunii sume de până la 80% din sumele corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare;

d) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorului de servicii medicale de urgență prespitalicești;

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

Art. 7. — 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 limita competențelor, cu respectarea condițiilor de calitate impuse de activitatea medicală;

b) să asigure prezența personalului medico-sanitar 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 utilizeze în condiții de eficiență fondurile contractate cu casa de asigurări de sănătate;

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

g) să informeze medicul de familie al asiguratului, în situația în care nu este caz de internat, despre diagnosticul stabilit, investigațiile și tratamentele efectuate;

h) să informeze unitatea sanitară la care transportă asiguratul despre investigațiile și tratamentele efectuate;

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

j) să elibereze adevăruri medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, conform actelor normative în vigoare;

k) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendată sau anulată autorizația sanitară de funcționare;

l) să accepte controlul din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei și direcțiilor de sănătate publică, împreună cu Colegiul Medicilor din România organizat la nivel național și județean, respectiv al municipiului București, precum și altor instituții abilitate de lege, privind modul de desfășurare a activității;

m) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziția furnizorilor de servicii medicale contra-cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale prespitalicești și alte tipuri de transport medical, a serviciilor furnizate;

n) să asigure servicii medicale de urgență utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;

o) să introducă monitorizarea apelurilor astfel încât să fie respectată și urmărită promptitudinea la solicitare, stabilită conform normelor.

VI. Modalități de plată

Art. 8. — Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești și a altor tipuri de transport medical se face pe baza următorilor indicatori:

- numărul de km echivalenți (dus-întors)
- număr ore de zbor
- număr mile
- tariful pe km parcurs/milă/ora de zbor
- numărul de solicitări
- tariful pe solicitare negociat.

Suma contractată pentru serviciile de transport:

Tipul autovehiculului	Număr km echivalenți	Tarif/km echivalent negociat*	Suma
Total		X	

*) Tariful/km echivalent negociat pe fiecare tip de autovehicul nu poate fi mai mare decât tariful/km echivalent prevăzut în anexa nr. 15 la Ordinul 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 spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1330/2001.

Tipul ambarcațiunii	Număr mile	Tarif/milă negociat	Suma
Total		X	

Tipul aeronavei	Număr ore de zbor	Tarif/ora de zbor negociat	Suma
Total		X	

Nr. solicitări	Tarif/solicitare negociat	Suma contractată
Total		X

Decontarea serviciilor medicale de urgență prespitalicești se face conform art. 8 din anexa nr. 14 la ordin.

Art. 9. — Suma aferentă serviciilor medicale de urgență prespitalicești se defalcă pe trimestre și pe luni de către conducerea acestor unități prin negociere cu reprezentantul casei de asigurări de sănătate.

Art. 10. — (1) La începutul fiecărei luni casa de asigurări de sănătate poate acorda pentru luna în curs serviciilor de ambulanță până la 80% din suma aferentă lunii respective.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează diferența față de sumele convenite pentru serviciile medicale furnizate. În cazul în care suma acordată la începutul lunii este mai mare decât suma convenită pentru serviciile medicale furnizate în luna respectivă, regularizarea se face în luna următoare.

(3) Decontarea sumelor pentru plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești se face pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele activități realizate stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 11. — Plata serviciilor medicale de urgență prespitalicești se face în cont nr.:....., deschis la trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 12. — 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. 13. — Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 14. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 10 alin. (2) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

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

Art. 16. — Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care casa se asigură de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

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 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. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de 10 zile de la data constatării în următoarele situații:

- a) întreruperea activității pentru o perioadă mai mare de 3 luni;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a furnizorului.

Art. 19. — Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență prespitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

- a) încetarea prin desființare, lichidare, dizolvare;
- b) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- c) acordul de voință al părților.

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

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

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 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. 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 bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

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.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii medicale

Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat

Oficiul juridic

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare (pentru unitățile sanitare ambulatorii 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
- unitatea sanitară ambulatorie de recuperare-reabilitare reprezentată prin având sediul în municipiul/orașul str. nr., județul/sectorul, telefon, cu actul de înființare, nr., autorizație sanitară de funcționare nr., cod fiscal nr., cont nr., deschis la trezoreria statului.
- cabinet medical de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând instituțiilor și ministerelor cu rețele sanitare proprii reprezentat prin având sediul în municipiul/orașul str. nr., județul/sectorul, telefon, cu actul de înființare, nr., autorizație sanitară de funcționare nr., cod fiscal nr., cont nr., deschis la trezoreria statului.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimaterice, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1330/2001 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimaterice

Art. 2. - Furnizorul prestează tipurile de servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 18 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea Normelor metodologice de aprobare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, numit în continuare ordin.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimaterice se desfășoară la următoarele unități ale furnizorului, altele decât sediul social:

1. din, str. nr., sector/județ, tel./fax, cu autorizația sanitară de funcționare nr. /, eliberată de, și acreditare 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., sector/județ, tel./fax, cu autorizația sanitară de funcționare nr. /, eliberată de, și acreditare 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., sector/județ, tel./fax, cu autorizația sanitară de funcționare nr. /, eliberată de, și acreditare 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-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie acreditat, de la mediul de specialitate din ambulatoriu acreditat sau de la medicul din spital pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de profil.

IV. Durata contractului

Art. 5. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 6. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1330/2001.

V. Obligațiile părților

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

a) să deconteze, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale;

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;

d) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare asupra condițiilor de contractare.

Art. 10. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie acreditat, de la medicul de specialitate din ambulatoriu acreditat sau de la medicul din spital;

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 stabilească și să furnizeze tratamentele adecvate;

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

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

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

g) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical subordonat;

h) să accepte controlul din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei și direcțiilor de sănătate publică, împreună cu Colegiul Medicilor din România organizat la nivel național și județean, respectiv al municipiului București, precum și altor instituții abilitate de lege, privind modul de desfășurare a activității;

i) să asigure asistența medicală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;

j) să nu încaseze de la asigurați contribuții personale pentru serviciile furnizate care se suportă de către casele de asigurări de sănătate;

k) să-și stabilească programul de activitate și să-l afișeze la loc vizibil;

l) să informeze medicul de familie al asiguratului despre tratamentul efectuat și orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate când unității sanitare i-a fost retrasă sau suspendată autorizația sanitară de funcționare sau a fost retras avizul de liberă practică al medicului/medicilor;

n) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziția furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, a serviciilor furnizate.

VI. Modalități de plată

Art. 11. — Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice în sistemul asigurărilor de sănătate este tariful pe serviciu medical prevăzut în anexa nr. 18 la ordinul diminuat cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților sanitare respective.

Art. 12. — (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical negociat conform art. 1	Valoarea
0.	1.	2.	3 = 1 x 2
TOTAL	x	x	

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice în sistemul asigurărilor de sănătate este de lei.

Art. 13. — Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii speciale de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice în sistemul asigurărilor de sănătate se face pe baza numărului serviciilor realizate și a tarifelor negociate prevăzute la art. 12, 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, în limita valorii contractate.

Art. 14. — Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare din stațiunile balneoclimatice în sistemul asigurărilor de sănătate se face în contul nr. deschis la trezoreria statului.

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. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 13 nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

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

Art. 19. — Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

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, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari 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. 21. — Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

- a) dacă unitatea sanitară 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) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului.

Art. 22. — Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- a) faliment, dizolvare, lichidare;
- b) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- c) acordul de voință al părților.

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

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

X. Corespondența

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

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

XI. Modificarea contractului

Art. 26. — Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 27. — 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. 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 bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

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 spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii medicale

Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat

Oficiul juridic

ANEXA Nr. 24

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-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, reprezentat prin, având actul de înființare nr., autorizația sanitară de funcționare nr. codul fiscal nr., cont nr. deschis la trezoreria statului.

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență spitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Art. 2. — Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în sanatorii și preventorii se acordă în baza recomandărilor pentru tratament de recuperare-reabilitare de către medicii de familie acreditați, medicii de specialitate din ambulatoriu acreditați și medicii din spital, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilit de medicul de profil.

IV. Durata contractului

Art. 3. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2002.

Art. 4. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență spitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001.

V. Obligațiile părților

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

a) să deconteze în baza facturii și a documentelor însoțitoare, furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale;

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;

d) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare asupra condițiilor de contractare;

e) în cazul unităților sanitare cu paturi, care contractează servicii medicale de recuperare-reabilitare cu o singură casă de asigurări de sănătate, să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.

Art. 6. — Furnizorul are următoarele obligații:

a) să acorde îngrijiri medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie acreditat, de la medicul de specialitate din ambulatoriu acreditat sau de la medicul din spital;

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 stabilească și să furnizeze tratamentele adecvate;

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

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

- f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- g) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- h) să accepte controlul din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei și direcțiilor de sănătate publică, împreună cu Colegiul Medicilor din România, organizat la nivel național și județean, respectiv al municipiului București, precum și a altor instituții abilitate de lege, privind modul de desfășurare a activității;
- i) să asigure asistența medicală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;
- j) să nu încaseze de la asigurați contribuții personale pentru serviciile furnizate care se suportă de către casele de asigurări de sănătate;
- k) să-și stabilească programul de activitate și să-l afișeze la loc vizibil;
- l) să informeze medicul de familie al asiguratului despre tratamentul efectuat și orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;
- m) să anunțe casele de asigurări de sănătate când unității sanitare i-a fost retrasă sau suspendată autorizația sanitară de funcționare sau a fost retras avizul de liberă practică al medicului/medicilor;
- n) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziția furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contra cost, de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea serviciilor furnizate la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare.

VI. Modalități de plată

Art. 7. — (1) Suma negociată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii balneare se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare și de tarifele/zi de spitalizare, diferențiat, pe tipuri de sanatorii, potrivit anexei nr. 4 la ordin. Valoarea contractată, în sumă de lei, este suma negociată, diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Numărul de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 4	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2x3	5	6 = 4-5
Asistență balneară terapeutică					
Asistență balneară de recuperare					
Total		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, și preventorii se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și de tariful pe zi de spitalizare prevăzut în anexa nr. 4 la ordin.

Art. 8. — (1) Suma contractată se defalcă pe trimestre și pe luni de către conducerea acestor unități prin negociere cu casa de asigurări de sănătate.

(2) La începutul fiecărei luni, casa de asigurări de sănătate poate acorda pentru luna în curs până la 80% din suma aferentă lunii respective.

(3) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează diferența față de sumele convenite lunii respective. În cazul în care suma acordată la începutul lunii este mai mare decât suma convenită pentru serviciile medicale furnizate în luna respectivă, regularizarea se face în luna următoare.

Art. 9. — Decontarea serviciilor medicale de recuperare se face pe baza documentelor justificative, conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. — Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare 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. — În cazul în care termenele de plată prevăzute la art. 9 nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

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

Art. 15. — Reprezentantul legal cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

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

- a) dacă unitatea sanitară 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) ridicarea definitivă de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului.

Art. 18. — Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- a) faliment, dizolvare, lichidare;
- b) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- c) acordul de voință al părților.

Art. 19. — Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 18 lit. a) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Art. 20. — 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.

X. Corespondența

Art. 21. — 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. 22. — Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 23. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și completa în mod corespunzător numai cu acordul părților.

Art. 24. — 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.

Dacă expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 25. — (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. 26. — Hotărârile Comisiei teritoriale de arbitraj sau cauzele nesoluționate în termenul prevăzut la art. 25 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 astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii medicale

Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat

Oficiul juridic

Durata optimă de spitalizare/secții valabilă pentru toate categoriile de spitale stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și Familiei

Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie și Terapie Intensivă – ATI	5
2. Recuperare, Medicină fizică și Balneologie	12
3. Boli infecțioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie infantilă	4
7. Chirurgie cardio-vasculară	9
8. Chirurgie toraco-pulmonară	10
9. Chirurgie maxilo-facială	5
10. Chirurgie plastică și reparatorie*	7
11. Cronici	10
12. Dermato-venerologie	10
13. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
14. Endocrinologie	7
15. Ftiziologie	28
16. Pneumologie	22
17. Gastro-enterologie	8
18. Ginecologie	4,5
19. Hematologie	9
20. Medicină generală	7
21. Medicină Internă	8
22. Nefrologie	8
23. Neurochirurgie	7
24. Neurologie	9,5
25. Neuropsihiatrie	13,74
26. Nevroze	14,12
27. Neonatologie	6,6
28. Obstetrică	4,85
29. Obstetrică-ginecologie	5
30. Oftalmologie	5
31. Oncologie	7
32. Otorinolaringologie – O.R.L.	6
33. Ortopedie-traumatologie	9,3
34. Pediatrie	7
35. Neonatologie – prematuri	16,46
36. Psihiatrie acuti	17
37. Psihiatrie cronici	50
38. Reumatologie	10
39. Urologie	8,5
40. Geriatrie și gerontologie	14
41. Imunologie clinică și alergologie	8
42. Toxicologie și toxicodependență	25
43. Alte specialități medicale	5
* Pentru secțiile de arși	14

*) Anexa nr. 25 a fost reprodusă în facsimil.

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, București, șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.

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