



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 174 (XVIII) — Nr. 482

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 2 iunie 2006

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
LEGI ȘI DECRETE			
221.	— Lege pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 11/2006 privind măsurile ce se aplică pentru monitorizarea, combaterea și eradicarea gripei aviare pe teritoriul României.....	1-2	
797.	— Decret privind promulgarea Legii pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 11/2006 privind măsurile ce se aplică pentru monitorizarea, combaterea și eradicarea gripei aviare pe teritoriul României	2	
★			
222.	— Lege pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 14/2006 privind instituirea unui contingent tarifar la importul în România al unor sortimente de carne de pasăre originare din Uniunea Europeană.....	2-3	
798.	— Decret privind promulgarea Legii pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 14/2006 privind instituirea unui contingent tarifar la importul în România al unor sortimente de carne de pasăre originare din Uniunea Europeană.....		3
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI			
706.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală		3-64

LEGI ȘI DECRETE

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

LEGE

pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 11/2006 privind măsurile ce se aplică pentru monitorizarea, combaterea și eradicarea gripei aviare pe teritoriul României

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

Articol unic. — Se aprobă Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 11 din 22 februarie 2006 privind măsurile ce se aplică pentru monitorizarea, combaterea și eradicarea gripei aviare pe teritoriul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 184 din 27 februarie 2006, cu următoarele completări:

1. **La articolul 1 se introduce un nou alineat, alineatul (2), cu următorul cuprins:**

„(2) Autoritățile administrației publice centrale și locale au obligația să facă publice imediat apariția unui focar de gripă aviară, restricțiile impuse de către comandamentele

antiepizootice în focar, zonele de protecție și supraveghere sau alte zone stabilite în cadrul programelor de supraveghere profilactică și de combatere a gripei aviare, prin orice mijloace de informare.“

2. **După articolul 2 se introduce un nou articol, articolul 2¹, cu următorul cuprins:**

„Art. 2¹. — (1) Primarul unității administrativ-teritoriale, în calitate de președinte al comandamentului antiepizootic local, are obligația de a comunica fiecărui proprietar de animale, persoană fizică sau juridică, precum și prin afișare în locuri publice măsurile impuse de comandamentul

antiepizootic local și județean cu privire la prevenirea și combaterea bolilor transmisibile ale animalelor.

(2) Comunicarea către fiecare proprietar de animale se face nemijlocit, prin încheierea unui proces-verbal de luare la cunoștință, semnat și de către acesta.

(3) Deținătorii de păsări sunt obligați:

a) să declare la primării numărul de păsări existente în gospodărie;

b) să mențină toate păsările în adăposturi, spații bine delimitate, în care să nu pătrundă dejecțiile păsărilor sălbatice, astfel încât acestea să nu vină în contact cu alte păsări existente în gospodăriile învecinate sau cu păsările sălbatice.“

3. La articolul 9, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 1 alin. (2) și a prevederilor art. 2¹ alin. (1) și (2) constituie

infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la unu la 3 ani.“

4. La articolul 9, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

„(3) Nerespectarea deciziilor emise de Comandamentul antiepizootic central de către președinții și membrii comandamentelor antiepizootice județene și locale, respectiv nerespectarea deciziilor emise de comandamentul antiepizootic județean de către președinții și membrii comandamentelor antiepizootice locale constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la un an.“

5. După articolul 9 se introduce un nou articol, articolul 9¹, cu următorul cuprins:

„Art. 9¹. — Toate păsările existente în afara gospodăriei se consideră că nu au stăpân, se confiscă și se eutanasiază, fără a se acorda despăgubiri.“

Această lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 75 și ale art. 76 alin. (1) din Constituția României, republicată.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR
BOGDAN OLTEANU

PREȘEDINTELE SENATULUI
NICOLAE VĂCĂROIU

București, 31 mai 2006.
Nr. 221.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

DECRET

privind promulgarea Legii pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 11/2006 privind măsurile ce se aplică pentru monitorizarea, combaterea și eradicarea gripei aviare pe teritoriul României

În temeiul prevederilor art. 77 alin. (1) și ale art. 100 alin. (1) din Constituția României, republicată,

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

Articol unic. — Se promulgă Legea pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 11/2006 privind măsurile ce se aplică pentru monitorizarea, combaterea și eradicarea gripei aviare pe teritoriul României și se dispune publicarea acestei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
TRAIAN BĂSESCU

București, 29 mai 2006.
Nr. 797.

★

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

LEGE

pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 14/2006 privind instituirea unui contingent tarifar la importul în România al unor sortimente de carne de pasăre originare din Uniunea Europeană

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

Articol unic. — Se aprobă Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 14 din 22 februarie 2006 privind instituirea unui contingent tarifar la importul în România al unor sortimente de carne de pasăre originare din Uniunea

Europeană, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 185 din 27 februarie 2006, cu următoarele modificări:

1. **Titlul ordonanței de urgență va avea următorul cuprins:**

**„ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ
privind instituirea unui contingent tarifar la importul
unor sortimente de carne de pasăre originare
din Uniunea Europeană“**

Această lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 75 și ale art. 76 alin. (2) din Constituția României, republicată.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR
BOGDAN OLTEANU

PREȘEDINTELE SENATULUI
NICOLAE VĂCĂROIU

București, 31 mai 2006.
Nr. 222.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

DECRET

**privind promulgarea Legii pentru aprobarea Ordonanței
de urgență a Guvernului nr. 14/2006 privind instituirea
unui contingent tarifar la importul în România
al unor sortimente de carne de pasăre
originare din Uniunea Europeană**

În temeiul prevederilor art. 77 alin. (1) și ale art. 100 alin. (1) din Constituția României, republicată,

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

Articol unic. — Se promulgă Legea pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 14/2006 privind instituirea unui contingent tarifar la importul în România al unor sortimente de carne de pasăre originare din Uniunea Europeană și se dispune publicarea acestei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
TRAIAN BĂSESCU

București, 29 mai 2006.
Nr. 798.

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

**pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale
în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând
denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz
uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală,
pe bază de prescripție medicală**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 217 alin. (2), art. 232 alin. (1) și al art. 270 alin. (1) lit. g) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate“ din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Se aprobă Contractul-cadru privind de asigurări sociale de sănătate, prevăzut în anexa nr. 1, condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului denumit în continuare *contract-cadru*.

(2) Se aprobă lista cuprinzând medicamentele de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

(3) Lista prevăzută la alin. (2) conține denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman.

(4) Denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care pot beneficia asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, sunt cuprinse în anexa nr. 2.

Art. 2. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va elabora, în temeiul art. 217 alin. (5) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, ca parte integrantă a acestuia, denumite în continuare *norme*, cu consultarea, în condițiile legii, a Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România, a Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 3. — Serviciile medicale, medicamentele în tratamentul ambulatoriu și dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile

clinice, paraclinice și medicină dentară, asistența medicală spitalicească, asistența medicală de recuperare, de îngrijiri medicale la domiciliu, de servicii medicale de urgență și transport sanitar, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, precum și unitățile de asistență medico-socială, denumiți în continuare *furnizori*, și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 4. — În domeniul asigurărilor sociale de sănătate Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății Publice elaborează criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților care se referă la diagnostic și tratament medico-chirurgical și stomatologic. Aceste criterii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 5. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 6. — La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri se abrogă:

a) Hotărârea Guvernului nr. 52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 71 din 20 ianuarie 2005, cu modificările ulterioare;

b) Hotărârea Guvernului nr. 235/2005 privind aprobarea pentru anul 2005 a listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 278 din 4 aprilie 2005, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Cristian Vlădescu

Ministrul finanțelor publice,
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

CONTRACT-CADRU
privind condițiile acordării asistenței medicale
în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

CAP. 1**Dispoziții generale****ART. 1**

(1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile contractului-cadru și ale normelor.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în contractele de furnizare de servicii medicale, respectiv de medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

ART. 2

(1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale sunt prevăzute în norme.

(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractuale, în limita prevederilor legale în vigoare.

ART. 3

(1) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale, prin afișare la sediul instituției, publicare pe pagina web a acesteia, anunț în mass-media.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale și de medicamente depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenul stabilit de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate.

ART. 4

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în limita și la termenele stabilite în contracte contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a deconta unele servicii raportate ca realizate conform contractelor se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la acesta, cu precizarea explicită a temeiului legal care a stat la baza refuzului.

(3) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de Comisia de Arbitraj organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, după caz, de către instanțele de judecată.

ART. 5

În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, constatate de casele de asigurări de sănătate și, după caz, confirmate de Comisia de Arbitraj, dacă au existat contestații sau, după caz, de către instanțele de judecată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii

*) Anexa nr. 1 este reprodusă în facsimil.

respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de un an de la data încetării contractului. La reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care contractele încetează din nou din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi.

ART. 6

(1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și dispozitivelor medicale acordate asiguraților în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate și pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România și Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România.

(2) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se efectuează de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale.

ART. 7

(1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență financiar – contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative privind realizarea serviciilor raportate, în baza cărora se face decontarea.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență financiar – contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative în baza cărora se decontează serviciile raportate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii.

ART. 8

Casa Națională de Asigurări de Sănătate va elabora norme în vederea recuperării, de către casele de asigurări de sănătate, a sumelor reprezentând cheltuielile efective pentru serviciile medicale acordate unei persoane ca urmare a prejudiciilor sau daunelor cauzate sănătății acesteia de alte persoane.

ART. 9

(1) Furnizorii de servicii medicale întocmesc evidențe distincte pentru accidentele produse în timpul programului de lucru și pentru bolile profesionale. Până la stabilirea caracterului de muncă al accidentului sau a caracterului profesional al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale și a medicamentelor acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, urmând ca decontarea să se realizeze ulterior din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(2) Furnizorii de servicii medicale întocmesc evidențe distincte a cazurilor prezentate în urma unor accidente rutiere și vătămări corporale prin agresiune, cât și a serviciilor acordate acestora și au obligația să comunice lunar casei de asigurări cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate.

(3) Furnizorii de servicii medicale întocmesc evidențe distincte ale pacienților cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene și ai altor state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României și au obligația să comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate.

ART. 10

Casele de asigurări de sănătate pot organiza licitații, pentru unele servicii din pachetul de servicii de bază, potrivit condițiilor prevăzute în norme. Licitația se organizează în vederea

contractării unor servicii din pachetul de servicii de bază, între furnizori și casele de asigurări de sănătate, decontate exclusiv din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în scopul utilizării eficiente a acestuia.

ART. 11

Atribuțiile ce revin, potrivit legii, autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate de către direcțiile medicale sau de structurile similare organizate conform Titlului I „Sănătatea Publică” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

ART. 12

Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor și decontării serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale se certifică prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor care vor răspunde de exactitatea și realitatea datelor transmise și/sau raportate.

CAP. 2

Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 13

În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie organizați în una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractelor

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, actul de înființare sau organizare, după caz;
- b) autorizația sanitară de funcționare;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- d) codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;
- e) dovada de evaluare a furnizorului;
- f) autorizația de liberă practică pentru personalul angajat;
- g) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 15

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate și a activității desfășurate;
- b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de

servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele privind activitățile realizate, care cuprind și codul numeric personal al asiguraților care au beneficiat de serviciile medicale raportate, atât pe suport de hârtie, cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziție furnizorilor de servicii medicale de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor, confirmate de autoritățile de sănătate publică;

g) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să atașeze la acest bilet rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau a confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere, și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

h) să completeze corect și la zi formularele tipizate din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

i) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu și a furnizorului;

j) să respecte programul de lucru pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

k) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

l) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de instruire organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

m) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare, ca urmare a unui act medical propriu și numai pentru afecțiuni care intră în competență conform autorizației de liberă practică; medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

n) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

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

p) să acorde servicii medicale și să efectueze analize medicale și alte investigații paraclinice în regim de urgență femeii gravide;

q) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

- r) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în norme;
- s) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

ART. 16

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

- a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și raportate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b) să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;
- c) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;
- d) să înceseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate, precum și diferența dintre tariful decontat de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătății Publice pentru unele servicii medicale.
- e) să negocieze, în calitate de parte contractantă, pachetul de servicii medicale acordate asiguraților, precum și clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

ART. 17

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;
- b) să controleze documentele justificative și actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate, care au stat la baza întocmirii acestor documente;
- c) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate și raportate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- e) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- f) să utilizeze un sistem informatic unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată fiecărui asigurat;
- g) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;
- h) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare.

SECȚIUNEA a 4-a

Condiții de reziliere și încetare a contractelor

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare, expirarea termenului de valabilitate a acesteia sau încetarea evaluării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control;

f) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de 10 zile lucrătoare.

ART. 19

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale se mută din teritoriul de funcționare;

b) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, desființare sau reprofilare, după caz;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții speciale

ART. 20

Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de bază de servicii medicale, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile menționate în norme.

SECȚIUNEA a 6-a

Asistența medicală primară - Condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 21

(1) Asistența medicală primară se asigură numai de către medicul de familie, prin cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prin cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând asigurații înscrși la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații înscrși la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic.

(3) Necesarul de medici de familie și numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizori și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități, de către o comisie paritară formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai autorităților de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Titlului I „Sănătatea Publică” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, cu participarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

(4) În localitățile urbane numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, în cazul medicilor nou-veniți, este de 1.000. Pentru medicii de familie care la data de 31 decembrie 2005 au sub 1.000 de asigurați înscrși pe listele proprii, furnizorii vor încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate respectând numărul minim de asigurați înscrși. Încadrarea obligatorie în limita de 1.000 de asigurați înscrși se realizează până la data de 31 decembrie 2006. Medicilor de familie al căror număr de asigurați înscrși pe listele proprii scade, timp de 3 luni consecutive, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se reziliază contractul în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi sunt excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a reanalizării fiecărei situații de scădere a numărului minim de asigurați, de către comisia constituită conform alin. (3). Asigurații de pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aduși la cunoștința asiguraților de către casele de asigurări de sănătate.

(5) În localitățile acoperite din punct de vedere numeric cu medici de familie, pentru asigurarea calității asistenței medicale, medicii de familie vor înscrie în listele proprii un număr de maximum 2.000 de asigurați, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 22

(1) Cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale, în situația în care asigurații de pe lista proprie a medicilor respectivi au răspândire mare în teritoriu. Cabinetele medicale din mediul urban pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale numai dacă acestea sunt deficitare în ceea ce privește existența medicilor de familie, pentru perioada în care nu este acoperit necesarul de servicii medicale. Lista localităților rurale în care cabinetele medicale din mediul urban pot avea puncte secundare de lucru se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la propunerea comisiei formate din reprezentanți ai autorităților de sănătate publică și ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul caselor de asigurări de sănătate. Autorizația sanitară este obligatorie atât pentru cabinetele medicale, cât și pentru punctele secundare de lucru ale acestora.

(2) Medicul de familie, prin reprezentantul său legal, încheie contract cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical, sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz.

(3) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscrși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 23

Medicii de familie acordă asistență medicală pentru asigurații înscrși în lista proprie, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistență medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigură asistență medicală persoanelor care

nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

ART. 24

Pentru acordarea serviciilor medicale contractate cabinetele medicale vor încadra un asistent medical la 1.000 de asigurați înscrși în lista proprie a unui medic de familie. Asistentul medical poate fi încadrat și cu fracțiuni de normă dacă pe lista medicului de familie sunt sub 1.000 de asigurați.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

ART. 25

Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, în afara programului de lucru se acordă servicii medicale de către medicii de familie în centrele de permanență înființate și organizate conform prevederilor legale în vigoare. În situația în care nu sunt îndeplinite condițiile de organizare a unui centru de permanență, continuitatea acordării asistenței medicale primare se asigură de către medicii de familie care domiciliază în localitățile rurale respective, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 26

(1) Programul de activitate săptămânal al fiecărui medic de familie, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și două ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu. Acolo unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza. În cazul în care numărul asiguraților înscrși pe lista proprie este mai mare decât numărul mediu de asigurați stabilit la nivel național, respectiv de 2.000, programul total de lucru se prelungește corespunzător, în funcție de numărul de asigurați înscrși pe listă, în condițiile prevăzute prin norme.

(2) Asistența medicală în afara programului de lucru este asigurată, după caz, de:

a) medicii de familie asociați din mai multe localități în centre de permanență care acordă asistență medicală conform prevederilor legale în vigoare;

b) medicii de familie din mediul rural, care domiciliază în localitatea respectivă, în zonele în care nu există posibilitatea asocierii medicilor în vederea organizării unui centru de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu număr redus de medici, conform unui program stabilit de comun acord de medicul respectiv cu autoritatea de sănătate publică județeană;

c) serviciile medicale specializate publice de urgență și transport sanitar sau unitățile specializate pentru transport medical, solicitate direct ori prin intermediul autorităților administrației publice locale în zonele rurale, dacă nu este organizat centru de permanență sau dacă nu există medic de familie care domiciliază în localitatea respectivă, în condițiile prevăzute la lit. b).

(3) Pentru accesul pacienților la asistența medicală în afara programului de lucru, medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență la care se poate apela, precum și programul fiecăruia dintre medicii asociați, iar în situația în care nu este organizat centru de permanență, pentru urgențe medicale se afișează numărul de telefon la care poate fi apelat serviciul medical specializat public de urgență și transport sanitar sau unitatea specializată pentru transport medical.

(4) Modalitatea de decontare a serviciilor prevăzute la alin. (2) se stabilește prin norme.

ART. 27

Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

PARAGRAFUL 3

Medicii de familie nou-intrați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

ART. 28

Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listelor cu asigurații înscriși, de un venit care este format din:

- a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute în norme;
- b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, stabilită conform normelor.

ART. 29

Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical deja existent în care și-a desfășurat activitatea un medic de familie al cărui contract de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate a încetat ca urmare a decesului sau a retragerii definitive din activitate a acestuia, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în baza listei de asigurați a medicului care a funcționat anterior în cabinetul respectiv, în condițiile stabilite în norme.

ART. 30

În localitățile deficitare din punct de vedere al existenței medicului de familie, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu medicii de medicină generală pentru o perioadă determinată.

PARAGRAFUL 4

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 31

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

- a) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea medicină de familie și în concordanță cu competențele obținute. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;
- b) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscriși ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;
- c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie o dată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;
- d) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

e) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de primărie, precum și la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

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

h) să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme;

i) să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicul de familie refuză transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, stabilită și inițiată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală.

ART. 32

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de a fi înscrise pe lista medicilor de familie respectivi;

b) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să țină evidența distinctă a asiguraților de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de către Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic. Pentru asigurații care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic;

d) să informeze asigurații despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun.

PARAGRAFUL 5

Decontarea serviciilor medicale

ART. 33

Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

- a) tarif pe persoană asigurată - per capita;
- b) tarif pe serviciu medical.

ART. 34

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul asiguraților înscriși pe lista proprie - conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă -, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea unui punct. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a unui punct este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

ART. 35

Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestrială la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar în primele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata documentele necesare decontării serviciilor, potrivit normelor.

ART. 36

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 6

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

ART. 37

(1) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului per capita în luna respectivă medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20% .

(2) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate, împreună cu reprezentanți ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului per capita în luna respectivă medicilor de familie la care se înregistrează această situație, conform prevederilor alin. (1) lit. a), b) și c) pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(3) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1) - (2), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale primare.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 38

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18, precum și în următoarele situații:

- a) în cazul în care numărul asiguraților înscriși la un medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 21 alin. (3);
- b) o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurii de diminuare a valorii minime garantate a punctului per capita pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice.

ART. 39

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

SECȚIUNEA a 7-a

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și de asistență medicală stomatologică - condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 40

Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentiști și dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;

c) ambulatorii de specialitate din structura spitalelor autorizate și evaluate, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului;

d) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

e) centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

ART. 41

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru specialitățile clinice în baza specialităților confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice. Cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competența de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială și care sunt certificați de Ministerul Sănătății Publice și lucrează exclusiv în aceste activități încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor de mai sus. Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate, pe fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai autorităților de sănătate publică județene, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Titlul I – Sănătatea publică din Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România și ai Colegiului Medicilor Dentişti din România, respectiv al municipiului București, până la aprobarea normativelor elaborate de Ministerul Sănătății Publice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România și Colegiului Medicilor Dentişti din România.

(3) Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(4) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialității obținute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice pentru medicii de specialitate pe care îi reprezintă.

ART. 42

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 40 și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 14; în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice, contractul se încheie și pe baza documentelor necesare pentru încadrarea laboratoarelor medicale în criteriile de selecție.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice și de medicină dentară încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de

sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

(3) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(4) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate, organizată conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea, pentru specialitățile clinice, de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 45 alin. (2).

ART. 43

Medicii de specialitate din ambulatoriile de specialitate acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, investigații paraclinice și tratamente profilactice și curative.

ART. 44

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, medici dentiști, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate obligațiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului de specialitate, încadrarea personalului mediu sanitar pe bază de contract individual de muncă este obligatorie.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

ART. 45

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice își stabilesc programul de activitate astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestora pe zile fiind stabilită prin negocieri cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicul poate să acorde servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână. În situația în care programul majorat nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, medicul va întocmi liste de așteptare pentru asigurați.

(3) În cabinetele de medicină dentară și în laboratoarele medicale medicii își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară și al serviciilor medicale paraclinice contractate.

(4) Serviciile medicale din specialitățile clinice și de medicină dentară se acordă conform programărilor, excepție făcând situațiile de urgență medico-chirurgicală.

(5) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitățile clinice, să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână, după cum urmează:

a) într-un cabinet organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) în ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, în cazul în care casa de asigurări de sănătate nu are încheiat, pentru specialitatea respectivă în

localitatea în care funcționează spitalul, nici un alt contract cu un furnizor de servicii medicale ambulatorii de specialitate, organizat conform legii. Fac excepție situațiile în care cererea de servicii medicale pentru anumite specialități nu este acoperită. În acest sens, comisia constituită conform art. 41 alin. (2) poate propune spre aprobare situațiile concrete privind specialitățile neacoperite Ministerului Sănătății Publice, cu consultarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea respectării obligației de asigurare a valorii minime garantate pentru un punct.

(6) Acordarea serviciilor medicale în cazurile prevăzute la alin. (5) lit. a) și b) se face în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate, iar nerespectarea acestei prevederi atrage măsuri mergând până la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică pentru activitate desfășurată exclusiv în cabinete medicale de specialitate fără personalitate juridică, care se află în structura spitalelor, poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în afara programului de activitate din ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile prevăzute la alin. (2) sau la alin. (5).

PARAGRAFUL 3

Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 46

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:

a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate se stabilește prin norme;

b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, despre diagnosticul și tratamentele recomandate; să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie la care este înscris asiguratul;

c) să întocmească liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile.

ART. 47

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale pentru care asiguratul nu are bilet de trimitere, cu excepția afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a urgențelor și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, prevăzute în norme.

ART. 48

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate sunt obligate să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

PARAGRAFUL 4

Decontarea serviciilor medicale

ART. 49

Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate este tariful pe serviciu medical.

ART. 50

(1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif exprimat în puncte pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme.

Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, stabilită în norme;

b) plata prin tarif exprimat în lei pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și de medicină dentară. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Tarifele serviciilor medicale și condițiile în care acestea se acordă sunt prevăzute în norme;

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți, medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie, medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie, medicii din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie, medicii din unitățile de asistență medico-socială, precum și pe bază de scrisoare medicală de la medicii de specialitate din spitale, în situația în care este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internarea în spital sau atunci când este necesar un astfel de tratament după externare, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective actele doveditoare care atestă calitatea de asigurat.

(3) Persoanele care se prezintă la medicul de specialitate fără bilet de trimitere, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, a afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, plătesc contravaloarea serviciilor medicale la tarifele stabilite de fiecare furnizor, afișate la loc vizibil.

(4) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate către un alt medic din ambulatoriul de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere numai pentru situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv.

ART. 51

Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la

valoarea minimă garantată, iar regularizarea trimestrială, la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor.

ART. 52

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 5

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractului

ART. 53

(1) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului în luna respectivă pentru medicii din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară ori paraclinice aferente lunii respective, după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20% .

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului în luna respectivă pentru medicii la care se înregistrează această situație sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii respective, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(2) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

(3) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

ART. 54

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primei constatări după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii minime garantată a punctului sau a contravalorii serviciilor de medicină dentară/paraclinice pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri ori prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, precum și în situațiile prevăzute la art. 18.

ART. 55

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau, după caz, al Colegiului Medicilor Dentiști din România.

SECȚIUNEA a 8-a

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

A. SPITALE

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 56

(1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate/evaluate conform legii.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile care au încadrare cu personal medical de specialitate și dotare tehnică necesară.

(3) Asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

- a) spitalizare continuă;
- b) spitalizare de o zi;
- c) spitalizare de zi.

(4) Asistența medicală spitalicească se asigură cu respectarea următoarelor criterii:

a) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă;

b) diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu;

c) tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedeplasabil sau necesită izolare;

d) alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

(5) Pentru monitorizarea respectării criteriilor de internare, la încheierea contractului spitalul va prezenta o listă de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea.

ART. 57

Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, avându-se în vedere la contractare și decontare întreaga activitate desfășurată pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 58

(1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

(2) În unitățile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății Publice se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc pentru asigurații care nu necesită internare, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical stabilit prin norme.

ART. 59

Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unități sanitare ambulatorii sau a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Excepție fac urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale.

ART. 60

(1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea totală contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe baza indicatorilor specifici stabiliți prin norme pentru spitalele/secțiile pentru care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

c) suma aferentă subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice și pentru servicii de dializă, finanțată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

d) sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, stabilite în raport cu cheltuielile de personal, cheltuielile de întreținere și funcționare, inclusiv medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice;

f) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: structuri de primire urgențe - unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, camera de gardă -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare, inclusiv medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

g) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, pentru situațiile în care în zona respectivă nu sunt organizate laboratoare pentru investigații paraclinice sau acestea există, dar nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau cele existente și aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot asigura în întregime necesarul de investigații paraclinice, sume finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

h) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și medicii dentiști rezidenți din anii 3 - 7, sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, medicii dentiști și farmaciștii stagiaari, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 41/2002, cu modificările ulterioare, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

i) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme;

j) sume pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000 pentru reorganizarea instituțiilor, secțiilor de spital și a celorlalte unități de protecție specială a copilului în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, cu completările ulterioare, încadrat la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate

integral la serviciile publice specializate, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

(3) În vederea contractării sumelor prevăzute la alin. (2) lit. d), f), h) și j) furnizorii vor prezenta statele de funcții aferente structurilor menționate.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile și drepturile spitalelor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 61

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

a) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin serisoare medicală transmisă direct, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

b) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale;

c) să întocmească liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale;

d) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifice stabiliți prin norme;

e) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform Clasificării internaționale a maladiilor - varianta 10, pe baza reglementărilor în vigoare.

(2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin norme.

ART. 62

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate și validate de casele de asigurări de sănătate, potrivit contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 63

În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifice realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

b) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale

ART. 64

(1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;

b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici stabiliți prin norme pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică prevederile lit. a);

c) tarif pe serviciu medical.

(2) Spitalele beneficiază, de asemenea, și de:

a) suma aferentă subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice și pentru servicii de dializă, finanțată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, decontate din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

d) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: structuri de primire urgențe - unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, camera de gardă -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, decontate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, pentru situațiile în care în zona respectivă nu sunt organizate laboratoare pentru investigații paraclinice sau acestea există, dar nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sau cele existente și aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot asigura în întregime necesarul de investigații paraclinice, sume finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;

f) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și medicii dentiști rezidenți din anii 3 - 7, pentru medicii, medicii dentiști și farmaciștii stagiați încadrați cu contract de muncă în spital;

g) sume pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000, cu completările ulterioare, încadrat la spitalul județean sau la spitalul public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate;

(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. b) - g) se alocă prin încheierea de acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 65

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele alocate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform normelor, în următoarele condiții:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate și, după caz, raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare și în condițiile stabilite prin norme;

c) suma aferentă subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice precum și pentru servicii de dializă se decontează la

nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin programe pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) sumele pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC și laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești stabilite pe baza statului de funcțiuni aprobat și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, efectuate în regim ambulatoriu, se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în structuri de primire urgențe - unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, camera de gardă -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești stabilite pe baza statului de funcțiuni aprobat și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului de specialitate pentru specialități paraclinice;

h) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și medicii dentiști rezidenți din anii 3 - 7, pentru medicii, medicii dentiști și farmaciștii stagiaari, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 41/2002, cu modificările ulterioare, se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești;

i) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme;

j) sume pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000, cu completările ulterioare, încadrat la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate;

ART. 66

Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 65, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale specifice precum și pentru servicii de dializă, acoperite prin subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară;

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

c) transport interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice;

d) servicii hoteliere (cazare și masă) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 67

(1) Casele de asigurări de sănătate nu decontează contravaloarea serviciilor prevăzute în Titlul VIII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu excepția celor prevăzute în norme.

ART. 68

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 4

Condiții de reziliere, încetare și modificare a contractelor

ART. 69

(1) Condițiile de reziliere și încetare a contractelor sunt cele prevăzute la art. 18, respectiv la art. 19.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul anulării de plin drept a unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare;
- b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia.

B. UNITĂȚI MEDICO-SOCIALE

PARAGRAFUL 1

Obligațiile unităților medico-sociale și ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 70

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile medico-sociale sunt obligate:

- a) să interneze cazurile medico-sociale, la recomandarea medicilor specialiști sau de familie, numai pe baza documentelor care certifică starea medicală care impune internarea, precum și planul de îngrijire și tratament care trebuie aplicat bolnavului;
- b) să întocmească, în primele zile de la internare, ancheta socială pe baza căreia se decide atitudinea după rezolvarea medicală a cazului;
- c) să acorde tratamentul și îngrijirile recomandate de către medicul care a trimis cazul, să monitorizeze evoluția acestuia;
- d) să solicite consult de specialitate medicului care a trimis cazul, atunci când evoluția nu este favorabilă. În urma acestui consult se decide menținerea pacientului în unitatea medico-socială și eventualele modificări ale atitudinii terapeutice sau trimiterea într-o altă unitate medicală;
- e) să respecte destinația sumelor contractate;
- f) să respecte criteriile de acordare a serviciilor în unitățile medico-sociale;
- g) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme.

ART. 71

În relațiile contractuale cu unitățile medico-sociale casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea cheltuielilor de personal aferente medicilor și asistenților medicali și a medicamentelor și materialelor sanitare, în baza facturii și a documentelor justificative, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza

indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

b) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care aceștia sunt în evidență.

PARAGRAFUL 2

Decontarea pentru unitățile medico-sociale

ART. 72

Pentru unitățile de asistență medico-socială sumele decontate de casele de asigurări de sănătate se alocă și se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute prin norme.

SECȚIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgență și transport sanitar

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 73

(1) Asistența medicală de urgență și transportul sanitar se acordă și se efectuează de către:

a) serviciile medicale specializate publice, autorizate și evaluate, și constau în servicii medicale de urgență efectuate la locul accidentului sau al îmbolnăvirii și transportul până la unitatea sanitară, precum și unele servicii de transport sanitar;

b) unitățile specializate autorizate și evaluate în efectuarea unor servicii de transport sanitar.

(2) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se stabilesc prin norme.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 74

În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate serviciile medicale specializate publice/unitățile specializate, autorizate și evaluate, care acordă servicii medicale de urgență și de transport sanitar sunt obligate, după caz:

a) să acorde îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

b) să asigure prezența personalului medico-sanitar din unitățile specializate în orice situație care necesită acordarea serviciilor medicale de urgență majoră;

c) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;

d) să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, după caz, conform normelor;

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

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

g) să ajungă la caz în timpul stabilit, conform normelor în vigoare emise de Ministerul Sănătății Publice.

ART. 75

În relațiile contractuale cu serviciile medicale specializate publice/unitățile specializate casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze serviciilor medicale specializate publice/unităților specializate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de urgență

ART. 76

(1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență sunt:

a) tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural, milă parcursă sau oră de zbor pentru serviciile de transport medical;

b) tarif pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență, pe tipuri de solicitare.

(2) Pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediu rural, milă parcursă sau oră de zbor, după caz.

ART. 77

Sumele aferente serviciilor contractate cu serviciile medicale specializate publice/unitățile specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 78

Modalitățile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

ART. 79

Raportarea eronată a unor servicii medicale de urgență și transport sanitar se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

SECȚIUNEA a 10-a

Îngrijiri medicale la domiciliu

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 80

(1) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, autorizați și evaluați în condițiile legii, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc în norme.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 81

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați:

a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; medicii de specialitate care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;

c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

d) să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 82

Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe serviciu medical. Tarifele aferente serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme.

ART. 83

Raportarea eronată a unor servicii se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

SECȚIUNEA a 11-a

Asistența medicală de recuperare

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 84

Asistența medicală de recuperare se asigură în unități medicale de specialitate autorizate și evaluate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente de recuperare din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare, societăți de turism balnear și de recuperare constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, și care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003, cabinete medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în alte cabinete medicale de specialitate organizate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare

ART. 85

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă direct, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de recuperare

ART. 86

Modalitățile de plată în asistența medicală de recuperare sunt:

a) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;

b) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii, inclusiv în sanatoriile balneare, și în preventorii. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

În cazul sanatoriilor balneare sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați și care reprezintă 25 - 30% din indicatorul specific, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme;

c) tarif pe serviciu medical în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale acordate în unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare sau în unități ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinete medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și în cabinete medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile medicale de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate prin tarife diminuate potrivit condițiilor stabilite prin norme. Nivelul coplății pentru unele servicii medicale de recuperare efectuate în ambulatoriul de specialitate se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății Publice și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și este prevăzut în norme.

ART. 87

(1) Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

(2) Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de recuperare.

ART. 88

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

CAP. 3

Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 89

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se asigură de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății Publice, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, denumită în continuare listă, se elaborează anual de Ministerul Sănătății Publice și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(3) Lista, după 3 luni de la intrarea în vigoare, se modifică/se completează trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății Publice, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

ART. 90

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților comerciale farmaceutice pentru farmaciile acestora, autorizate și evaluate, precum și cu cei ai farmaciilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, pe baza următoarelor documente:

- a) certificat de înmatriculare la Registrul Comerțului /actul de înființare;
- b) codul fiscal;
- c) autorizația de funcționare;
- d) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- e) dovada de evaluare a farmaciei;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul farmaceutic - farmaciști și asistenți de farmacie.

(2) În contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală se va specifica valoarea acestuia, defalcată pe trimestre și luni. Valoarea contractului se va negocia între farmaciile evaluate și casele de asigurări de sănătate, în baza criteriilor stabilite prin norme.

(3) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale, iar valoarea contractului poate fi corectată dacă fondul cu această destinație suferă modificări în cursul anului sau dacă se înregistrează economii la unele farmacii, în condițiile prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație.

(4) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii evaluate, situate în județe diferite,

reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective, și/sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

(5) Reprezentanții legali ai farmaciilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

SECȚIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile farmaciilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 91

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, farmaciile evaluate au următoarele obligații:

- a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI prevăzute în listă;
- b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor;
- c) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică;
- d) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei;
- e) să nu elibereze medicamente fără prescripție medicală, pentru cele la care reglementările legale în vigoare prevăd această obligație;
- f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta;
- g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor; factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin norme;
- h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin norme;
- i) să angajeze numai personal farmaceutic care posedă drept de liberă practică, conform legii;
- j) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;
- k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;
- l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se comunică autorităților de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;
- m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care farmacia are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul care a eliberat prescripția medicală;
- n) să informeze asiguratul, la solicitarea acestuia, asupra prețurilor tuturor medicamentelor disponibile în cadrul DCI prescrise.

o) să anuleze medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;

p) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

q) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relație contractuală.

ART. 92

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate farmaciile au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare;

b) să fie informate permanent și la timp, de către casele de asigurări de sănătate, asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală;

c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A și B, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință / prețul de decontare al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;

e) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile de la art. 93 lit. c).

ART. 93

În relațiile contractuale cu farmaciile evaluate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu farmaciile autorizate și evaluate conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora, stabilite potrivit normelor; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate vor atenționa medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea decontării acestora, iar începând cu cea de-a treia abatere constatată casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescripția medicală valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

d) să deconteze farmaciilor evaluate cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate și defalcate trimestrial și lunar, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală la termenele prevăzute în norme;

e) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

f) să controleze farmaciile privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

h) să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri de până la 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească;

i) să informeze farmaciile asupra condițiilor de contractare și asupra modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative.

SECȚIUNEA a 3-a

Modalitățile de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 94

(1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru fiecare medicament corespunzător denumirii comune internaționale (DCI) din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele la care nu se stabilește preț de referință. Prețul de decontare este cel prevăzut prin ordin al ministrului sănătății publice.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din sublista C este de 100% din prețul de referință.

(3) Prețul de referință reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație.

(4) În cazul medicamentelor immunosupresoare prevăzute în sublista C la poziția G24 "Stări posttransplant" din Anexa 2, procentul de compensare este de 100% din prețul de vânzare cu amănuntul.



ART. 95

(1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele din sublista A, B sau C sub forma denumirii comune internaționale, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului. Prin ordin al ministrului sănătății publice pot fi desemnate unele medicamente din sublista B sau C pentru a căror eliberare este necesară aprobarea prealabilă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe baza unor metodologii și criterii care vor fi aprobate prin același ordin al ministrului sănătății publice.

Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente, cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

a) pentru sublista A - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente;

b) pentru sublista B - o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente cu valoarea totală calculată la prețul de vânzare cu amănuntul de maximum 300 lei (RON), cu excepția medicamentelor prevăzute în această sublistă, notate cu #, care pot fi înscrise pe o singură prescripție cu valoarea maximă a tratamentului pe o lună mai mare de 300 lei (RON);

c) pentru sublista C - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente.

(2) Un medic nu poate recomanda altui medic, prin scrisoare medicală, prescrierea unor medicamente cu sau fără contribuție personală pentru un asigurat, în luna în care el însuși i-a emis asiguratului o astfel de prescripție.

(3) Prin excepție, în cazul medicamentelor stupefiante se pot emite pentru același asigurat două sau trei prescripții cu timbru sec, cuprinzând tratamentul necesar pentru 15, respectiv 10 zile, conform reglementărilor specifice în vigoare.

(4) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A cât și cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situației prevăzute la alin. (3).

(5) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic corespunzătoare fiecărei denumiri comune internaționale (DCI) cuprinse în sublistele A, B și C, pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică în condițiile alin. (1) - (4).

(6) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite, farmaciile întocmind borderouri distincte pentru fiecare sublistă.

(7) În cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentelor de pe sublista B depășește limitele prevăzute la alin. (1) lit. b), diferența va fi suportată integral de asigurat.

(8) În mod excepțional, în alte situații complexe, cu risc crescut de handicap major sau de pierdere a vieții, numărul de medicamente și sumele prevăzute la alin. (1) - (7) se pot depăși numai cu acordul scris al comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice sau al Agenției Naționale de Transplant.

(9) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni vor beneficia de medicamente gratuite fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni va fi suportată integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 4-a

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

ART. 96

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

d) retragerea de către organele în drept a evaluării farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de organele abilitate.

ART. 97

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele:

a) farmacia se mută din teritoriul de funcționare;

b) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

CAP. 4

Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 98

Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății Publice și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

ART. 99

Contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul său legal, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv codul fiscal și autorizația sanitară de funcționare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;

c) dovada de evaluare;

d) autorizația/autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății Publice;

e) avizul de funcționare emis de Ministerul Sănătății Publice;

f) dovada de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat .

SECȚIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 100

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de dispozitive medicale evaluați au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;

b) să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea prescripției medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă a dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință ale dispozitivelor medicale, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale, însoțite de autorizațiile de utilizare și/sau, după caz, de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății Publice;

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

h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

ART. 101

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, inclusiv sumele de închiriere;

b) să fie informați permanent și din timp asupra modalității de furnizare a dispozitivelor medicale;

c) să cunoască condițiile de contractare privind furnizarea de dispozitive medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze contribuție personală de la asigurați, reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință ale dispozitivelor medicale furnizate.

ART. 102

În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluați, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotărâri și să se facă publică lista în ordine alfabetică a acestora pentru informarea asiguratului;

b) să informeze permanent furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare;

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

d) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, în limita fondurilor cu această destinație;

e) să specifice pe versoul deciziei de procurare a dispozitivului medical lista furnizorilor evaluați de dispozitive medicale, care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, prețul de referință/suma de închiriere suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a dispozitivului medical furnizat de aceștia;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și să pună la dispoziție asiguraților, la cerere, lista tuturor prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivul aprobat prin decizie;

g) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;

h) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia;

i) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

j) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

SECȚIUNEA a 3-a

Decontarea dispozitivelor medicale

ART. 103

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință sau, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere se stabilesc potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

ART. 104

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță fiscală.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor evaluați de dispozitive medicale sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor evaluați de dispozitive medicale sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere pentru unele dispozitive medicale, potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

ART. 105

Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de așteptare pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

ART. 106

(1) Dispozitivele medicale se acordă la recomandarea medicilor de specialitate aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, pe baza prescripției medicale și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de către acesta sau de reprezentantul legal al asiguratului. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidențe se află asiguratul.

(2) Modul de prescriere, procurare, închiriere și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme.

(3) Termenele de înlocuire, condițiile de reparare a dispozitivelor medicale și modul de decontare a reparațiilor se stabilesc prin norme, în condiții de eficiență a utilizării fondului alocat cu această destinație.

(4) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și evaluate, nu pot reprezenta interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat.

SECȚIUNEA a 4-a

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

ART. 107

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a) ridicarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestora;
- b) retragerea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;
- c) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- d) nerespectarea prevederilor legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;
- e) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu deține autorizație de utilizare/certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emisă/emis de Ministerul Sănătății Publice.

ART. 108

Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) schimbarea adresei sediului social;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
- c) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) decesul sau schimbarea reprezentantului legal;
- f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

CAP. 5

Dispoziții finale

ART. 109

Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiază persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate sunt prevăzute în norme.

ART. 110

Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății Publice, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești.

ART. 111

Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății Publice, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.

ART. 112

Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății Publice, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

ART. 113

Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu centrele de sănătate multifuncționale distinct pentru fiecare tip de asistență medicală conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor, pentru tipurile de asistență medicală respective.

ART. 114

Contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se încheie anual, iar decontarea serviciilor aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor, conform normelor de închidere a exercițiului bugetar.

ART. 115

Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2006 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală, în contractul pe anul 2007. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.

ART. 116

(1) Furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate și din asistența medicală spitalicească, care eliberează în aceeași lună mai mult de o prescripție din aceeași sublistă, pentru același asigurat și aceeași boală cronică, li se diminuează veniturile realizate ca urmare a contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casele de asigurări sociale de sănătate, prin reținerea sumei de 1.000 lei (RON). Sumele reținute se vor folosi la reîntregirea fondurilor aferente domeniilor de asistență medicală în care funcționează furnizorul respectiv.

(2) Constatarea faptei prevăzute la alin. (1) și aplicarea sancțiunii se fac de către persoane împuternicite de casele de asigurări sociale de sănătate cu care furnizorul se află în relații contractuale.

ART. 117

(1) Sunt incluse în lista denumirilor comerciale corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) din lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care DCI-ul respectiv nu este inclus pe lista DCI-urilor care necesită studii de bioechivalență conform normelor în vigoare și a situațiilor în care pentru un anumit DCI nu există medicamente care dețin astfel de studii.

(2) Criteriile prevăzute la alin. (1) se aplică și în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. a) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății precum și pentru femeile gravide și lăuze.

ART. 118

(1) Pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor incluși în programul național cu scop curativ, până la finalizarea licitațiilor naționale pentru subprogramele din programul național cu scop curativ, și încheierea contractelor de furnizare de medicamente și materiale

sanitare specifice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate este abilitată să utilizeze fondurile alocate cu această destinație în baza actelor adiționale la contractele derulate în anul 2005.

(2) Furnizarea cantităților de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice, corespunzătoare necesarului lunar, se face în condițiile menținerii ofertei de către furnizorii de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice.

(3) Pentru subprogramele din programul național cu scop curativ pentru care achiziția de medicamente și/sau materiale sanitare specifice se realizează prin licitația la nivel național, casele de asigurări de sănătate sunt abilitate să încheie contracte cu unitățile sanitare nominalizate până la finalizarea licitației la nivel național, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (1).

(4) Pentru subprogramele din programul național cu scop curativ pentru care achiziția de medicamente și/sau materiale sanitare specifice nu se realizează prin licitația la nivel național, casele de asigurări de sănătate sunt abilitate să încheie contracte cu unitățile sanitare nominalizate.

ART. 119

Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită, la solicitarea Ministerului Sănătății Publice, prin autoritățile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor, înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare.

ART. 120

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare;

b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;

c) să monitorizeze pe codul numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

ART. 121

Prețurile și tarifele practicate în sistemul sanitar, atât cele de competența comitetului director al unităților sanitare, cât și cele din sistemul de asigurări sociale de sănătate, sunt aceleași atât pentru cetățenii români, cât și pentru cetățenii străini.

ART. 122

Pentru asigurarea continuității acordării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, până la definitivarea procesului de evaluare rămân valabile certificatele de acreditare emise în acest sens.

*Sublista A**Medicamente de bază cu nivel de compensare 90% din prețul de referință**LISTA DENUMIRILOR COMUNE INTERNAȚIONALE ALE
MEDICAMENTELOR DE CARE BENEFICIAZĂ ASIGURĂȚII, ÎN
TRATAMENTUL AMBULATORIU CU CONTRIBUȚIE PERSONALĂ*

1. A02B OMEPRAZOLUM
2. A03A MEBEVERINUM
3. A03F METOCLOPRAMIDUM
4. A04A PROCHLORPERAZINUM
5. A06A LACTULOSUM
6. A07A NYSTATINUM
7. A07A RIFAXIMINUM
8. A07D LOPERAMIDUM
9. A07E SULFASALAZINUM

10. B01A ACENOCOUMAROLUM
11. B01A TICLOPIDINUM - pentru pacienții cu intoleranță la aspirină
12. B02B PHYTOMENADIONUM
13. B03A COMPLEX DE HYDROXID DE FIER (III) (oral)
14. B03A FERROSII FUMARAS
15. B03A FERROSII GLUTAMAS
16. B03A FERROSII SULFAS

17. C01A DIGOXINUM
18. C01B AMIODARONUM
19. C01B PROPAFENONUM
20. C01D ISOSORBIDI DINITRAS
21. C01D ISOSORBIDI MONONITRAS
22. C01D NITROGLYCERINUM
23. C02A METHYLDOPUM
24. C03A HYDROCHLOROTHIAZIDUM
25. C03B INDAPAMIDUM
26. C03C FUROSEMIDUM
27. C03D SPIRONOLACTONUM simplu și în combinații
28. C07A ATENOLOLUM
29. C07A BISOPROLOLUM
30. C07A CARVEDILOLUM
31. C07A METOPROLOLUM
32. C07A PROPRANOLOLUM
33. C07A SOTALOLUM
34. C08C AMLODIPINUM
35. C08C FELODIPINUM
36. C08C NIFEDIPINUM cu eliberare prelungită
37. C08D DILTIAZEMUM

(*) Anexa nr. 2 este reprodusă în facsimil.

38. C08D VERAPAMILUM
39. C09A CAPTOPRILUM
40. C09A ENALAPRILUM *simplu și în combinații cu hidroclorotiazida*
41. C09A LISINOPRILUM
42. C10A FENOFIBRATUM
43. C10A SIMVASTATINUM
44. C10A LOVASTATINUM

45. D01A BIFONAZOLUM
46. D01A MICONAZOLUM
47. D07A CLOBETASOLUM*
48. D07A FLUMETASONUM
49. D07A HYDROCORTIZONUM
50. D07A TRIAMCINOLONUM ACETONID

51. G02A ERGOMETRINUM
52. G02C BROMOCRIPTINUM
53. G03B TESTOSTERONUM
54. G04C DOXAZOSINUM
55. G03C ESTRADIOLUM
56. G03C ESTRIOLUM
57. G03F (G03C) ESTROGENI - *simpli și combinații*

58. H02A DEXAMETHASONUM
59. H02A HYDROCORTISONUM
60. H02A METHYLPREDNISOLONUM
61. H02A PREDNISONUM
62. H03B CARBIMAZOLUM

63. J01A DOXYCYCLINUM
64. J01A TETRACYCLINUM
65. J01C AMOXICILLINUM
66. J01C AMPICILLINUM
67. J01C BENZATHINI BENZYL PENICILLINUM
68. J01C BENZYL PENICILLINUM
69. J01C OXACILLINUM
70. J01C PHENOXYMETHYL PENICILLINUM
71. J01D CEFACLORUM
72. J01D CEFALEXINUM
73. J01D CEFUROXIMUM (ORAL)
74. J01E SULFAMETHOXAZOLUM + TRIMETHOPRIMUM
75. J01F CLARITHROMYCINUM
76. J01F AZITHROMYCINUM
77. J01F ERYTHROMYCINUM
78. J01G GENTAMICINUM
79. J01M CIPROFLOXACINUM
80. J01M NORFLOXACINUM
81. J01X METRONIDAZOLUM
82. J01X TINIDAZOLUM

83. J02A KETOCONAZOLUM
84. J05A ACICLOVIRUM
85. J01M OFLOXACINUM
86. L04A AZATHIOPRINUM#
87. L01A CYCLOPHOSPHAMIDUM
88. L01B METHOTREXATUM
89. M01A DICLOFENACUM
90. M01A KETOPROFENUM
91. M01A PIROXICAMUM
92. M01A TENOXICAMUM
93. M04A ALLOPURINOLUM
94. M04A COLCHICINUM
95. N02A TRAMADOLUM
96. N03A CARBAMAZEPINUM
97. N05B DIAZEPAMUM
98. N05B HYDROXYZINUM
99. N05C NITRAZEPAMUM
100. N05A HALOPERIDOLUM
101. N06A FLUOXETINUM*
102. N06A SERTRALINUM*
103. N06A TIANEPTINUM*
104. P01B HYDROXYCHLOROQUINUM
105. P02B PRAZIQUANTELUM
106. P02C MEBENDAZOLUM
107. P02C ALBENDAZOLUM#
108. P02C LEVAMISOLUM
109. R03A SALBUTAMOLUM
110. R03B BECLOMETHASONUM
111. R03D AMINOPHYLLINUM
112. R03D THEOPHILLINUM (retard)
113. R05D CODEINUM
114. R06A CETIRIZINUM
115. R06A CHLORPHENAMINUM
116. R06A LORATADINUM
117. S01A CIPROFLOXACINUM
118. S01C TOBRAMICINUM + DEXAMETAZONUM
119. S01C CHLORAMPHENICOLUM în combinații

NOTĂ:

Tratamentul cu medicamentele notate cu asterisc (*) se inițiază de medicul de specialitate în limita competenței și poate fi prescris în continuare de medicul de familie pe baza scrisorii medicale emisă de medicul de specialitate.

*Sublista B**Medicamente cu nivel de compensare 50% din prețului de referință**LISTA DENUMIRILOR COMUNE INTERNAȚIONALE ALE
MEDICAMENTELOR DE CARE BENEFICIAZĂ ASIGURĂȚII, ÎN
TRATAMENTUL AMBULATORIU CU CONTRIBUȚIE PERSONALĂ*

1. A02B ESOMEPRAZOLUM
2. A02B FAMOTIDINUM
3. A02B LANSOPRAZOLUM
4. A02B NIZATIDINUM*
5. A02B PANTOPRAZOLUM
6. A02B RANITIDINUM
7. A02B SUCRALFATUM
8. A03A OTILONIUM BROMIDUM*
9. A03A TRIMEBUTINUM
10. A03F DOMPERIDONUM
11. A05B SILIBINUM
12. A07E BUDESONIDUM #
13. A07E MESALAZINUM
14. A11C ALFACALCIDOLUM

15. B01A CLOPIDOGRELUM - pentru pacienții cu intoleranță la aspirină* și pentru bolnavii cu accident vascular cerebral ischemic**
16. B01A SULODEXIDUM*
17. B03A COMPLEX DE HIDROXID DE FIER (III) (injectabil)

18. C01B CHINIDINI SULFAS
19. C01B MEXILETINUM
20. C01E TRIMETAZIDINUM
21. C02A CLONIDINUM
22. C02A MOXONIDINUM
23. C02C PRAZOSINUM
24. C04A NICERGOLINUM
25. C04A PENTOXIFYLLINUM
26. C04A VINCAMINUM
27. C05C DIOSMINUM - simplu și în combinații
28. C07A BETAXOLOLUM
29. C07A NEBIVOLOLUM
30. C07B BISOPROLOLUM + HYDROCHLOROTHIAZIDUM
31. C08C LACIDIPINUM
32. C08C LERCANIDIPINUM
33. C08C NITRENDIPINUM simplu și în combinații
34. C09A FOSINOPRILUM simplu și în combinații
35. C09A BENAZEPRILUM
36. C09A PERINDOPRILUM simplu și în combinații
37. C09A QUINAPRILUM
38. C09A RAMIPRILUM
39. C09A TRANDOLAPRILUM simplu și în combinații

40. C09A ZOFENOPRILUM
41. C09C CANDESARTANUM
42. C09C IRBESARTANUM *simpliciter și în combinații*
43. C09C LOZARTANUM *simpliciter și în combinații*
44. C09C TELMISARTANUM *simpliciter și în combinații*
45. C09C VALSARTANUM *simpliciter și în combinații*
46. C10A ACID-OMEGA 3-ESTERI ETILICI 90
47. C10A ATORVASTATINUM
48. C10A BEZAFIBRATUM
49. C10A CIPROFIBRATUM
50. C10A EZETIMIBUM
51. C10A FLUVASTATINUM
52. C10A PRAVASTATINUM
53. C10A ROSUVASTATINUM

54. D01A NAFTIFINUM
55. D01A NATAMYCINUM
56. D01B TERBINAFINUM
57. D05A CALCIPOTRIOLUM *simpliciter și în combinații*
58. D05B ACITRETINUM*
59. D06A MUPIROCINUM
60. D06B ACICLOVIRUM
61. D06B PODOPHYLLOTOXINUM
62. D06B SULFADIAZINUM
63. D07A METHYLPREDNISOLONUM
64. D07X MOMETASONUM
65. D10A ACIDUM AZELAICUM
66. D10B ISOTRETINOINUM

67. G01A FENTICONAZOLUM
68. G02C CABERGOLINUM
69. G03C HEXESTROLUM
70. G03C PROMESTRIENUM
71. G03D DYDROGESTERONUM
72. G03D LYNESTRENOLUM
73. G03D PROGESTERONUM
74. G03D TIBOLOLUM*
75. G03G CLOMIFENUM
76. G03G FOLLITROPINUM* (*alfa și beta*) #, *în condițiile aprobate prin ordin al ministrului sănătății*
77. G03X DANAZOLUM*
78. G03X RALOXIFENUM
79. G04B OXYBUTYNYNINUM
80. G04C ALFUZOSINUM
81. G04C DUTASTERIDUM
82. G04C FINASTERIDUM
83. G04C TAMSULOSINUM
84. G04C TERAZOSINUM

85. H01A TETRACOSACTIDUM
86. H02A BETAMETHASONUM
87. H02A FLUDROCORTISONUM
88. H02A PREDNISOLONUM
89. H03B THIAMAZOLUM
90. H05B CALCITONINUM
91. J01C AMOXICILLINUM + ACIDUM CLAVULANICUM
92. J01C AMPICILLINUM + SULBACTANUM (oral + injectabil)
93. J01D CEFADROXILUM
94. J02A ITRACONAZOLUM
95. J02A FLUCONAZOLUM
96. J05A BRIVUDINUM* #
97. M01A CELECOXIBUM
98. M01A ETORICOXIBUM
99. M01A DEXKETOPROFENUM
100. M01A MELOXICAMUM
101. M01A NIMESULIDUM
102. M03B BACLOFENUM
103. M03B TETRAZEPAMUM
104. M05B ACIDUM ALENDRONICUM
105. M05B ACIDUM PAMIDRONICUM #
106. M05B ACIDUM RISEDRONICUM
107. N02C SUMATRIPTANUM*
108. N02C RIZATRIPTANUM*
109. N03A PREGABALINUM* #
110. N05A SULPIRIDUM*
111. N05A TIAPRIDUM*
112. N05B ALPRAZOLAMUM*
113. N05B BROMAZEPAMUM*
114. N05B MEDAZEPAMUM*
115. N05C ZOLPIDEMUM
116. N05C ZOPICLONUM
117. N06A BUPROPIONUM*
118. N06A ESCITALOPRAMUM*
119. N06A FLUVOXAMINUM*
120. N06A MILNACIPRANUM*
121. N06A MIRTAZAPINUM*
122. N06A PAROXETINUM*
123. N06A REBOXETINUM*
124. N06A TRAZODONUM*
125. N06A VENLAFAXINUM* #
126. N06D GINKGO BILOBA*
127. N07C BETAHISTINUM
128. N07X ACIDUM ALFA-LIPOICUM #
129. N07X HIDROLIZAT DE PROTEINĂ DIN CREIER DE PORCINĂ



130. R03A FENOTEROLUM
 131. R03A SALMETEROLUM
 132. R03A SALMETEROLUM + FLUTICASONUM*
 133. R03B BUDESONIDUM
 134. R03B FLUTICASONUM*
 135. R03B IPRATROPII BROMIDUM
 136. R03B TIOTROPIUM*
 137. R03D MONTELUKAST*
 138. R05D DEXTROMETHORPHANUM
 139. R05D LEVODROPROPIZINUM
 140. R06A FEXOFENADINUM
 141. R06A DESLORATADINUM
 142. R06A KETOTIFENUM

 143. S01A NETELMICINUM
 144. S01A LOMEFLOXACINUM
 145. S01B DICLOFENACUM

 146. S01G KETOTIFENUM
 147. S01G OLOPATADINUM
 148. S01X RETINOLUM

NOTĂ:

Tratamentul cu medicamentele notate cu asterisc (*) se inițiază de medicul de specialitate în limita competenței și poate fi prescris în continuare de medicul de familie pe baza scrisorii medicale emisă de medicul de specialitate.

Tratamentul cu medicamentul notat cu (**) va fi prescris la indicația specialistului neurolog bolnavilor cu AVC ischemic sau AIT, bolnavilor cu ateroscleroză a arterelor cervico-cerebrale dovedită, care nu au indicație de tratament anticoagulant oral, aflați în una dintre următoarele condiții:

- stenoze semnificative simptomatice (AIT sau AVC în teritoriul vascularizat) pe arterele cervico-cerebrale, demonstrate printr-o modalitate obiectivă de investigație (examen echo-Dopler, angiografie etc.);
- AVC ischemic la pacienții cu cel puțin un alt factor major de risc vascular (sindrom coronarian acut în antecedente, diabet zaharat, boala arterială ocluzivă a arterelor membrelor inferioare);
- AVC repetat sub tratament cu aspirină;
- risc hemoragic crescut la aspirină (afecțiuni digestive demonstrate);
- intervenții de revascularizare pe arterele cervico-cerebrale (angioplastie cu implantare de stent, endarterectomie).

*Sublista C**Medicamente cu nivel de compensare 100% din prețul de referință*

*LISTA DENUMIRILOR COMUNE INTERNAȚIONALE ALE
MEDICAMENTELOR DE CARE BENEFICIAZĂ ASIGURĂȚII, ÎN
TRATAMENTUL AMBULATORIU FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ LA
PREȚUL DE REFERINȚĂ*

G. 1. INSUFICIENȚA CARDIACĂ CRONICĂ (CLASA III SAU IV NYHA)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D. C. I.
1.	1.	C01A A05	Digoxinum
2.	2.	C03A A03	Hydrochlorothiazidum
3.	3.	C09A A01	Captoprilum
4.	4.	C09A A02	Enalaprilum
5.	5.	C09A A03	Lisinoprilum
6.	6.	C03C A01	Furosemidum
7.	7.	C03D A01	Spirolactonum
8.	8.	C07A B02	Metoprololum
9.	9.	C07A B07	Bisoprololum
10.	10.	C07A G02	Carvedilolum

G. 2. BOLNAVI CU PROTEZE VALVULARE ȘI VASCULARE

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D. C. I.
11.	1.	B01A A07	Acenocumarolum*)

*) *La indicația specialistului cardiolog.*

G. 3. BOLNAVI CU PROCEDURI INTERVENȚIONALE PERCUTANE, NUMAI DUPĂ IMPLANTAREA UNEI PROTEZE ENDOVASCULARE (STENT)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
12.	1.	B01A C04	Clopidogrelum*) (cel mult 9 luni)

**) La indicația specialistului cardiolog sau neurolog cu aprobarea comisiilor teritoriale.*

G. 4. HEPATITELE CRONICE DE ETIOLOGIE VIRALĂ (cu HBV, HCV), cu probe biologice de activitate, markeri de replicare virală, criterii histologice și vârsta sub 65 ani, fiind necesară îndeplinirea tuturor criteriilor enunțate

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
13.	1.	J05A B04	Ribavirinum*) #
14.	2.	J05A F05	Lamivudinum*) #
15.	3.	L03A B04	Interferonum Alfa 2a*) #
16.	4.	L03A B05	Interferonum Alfa 2b*) #
17.	5.	L03AB10	Peginterferonum Alfa 2a*) #
18.	6.	L03AB11	Peginterferonum Alfa 2b*) #

**) Se vor prescrie cu aprobarea comisiei centrale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.*

G. 5. HEPATITA AUTOIMUNĂ

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D. C. I.
19.	1.	L04A X01	Azatioprinum
20.	2.	H02A B07	Prednisonum

La indicația specialistului gastroenterolog.

G. 6. CIROZA BILIARĂ PRIMARĂ, COLANGITA SCLEROZANTĂ PRIMITIVĂ, HEPATITA CRONICĂ ȘI CIROZE DE ALTE ETIOLOGII CU COLESTAZĂ

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D. C. I.
21.	1.	A05A A02	Acidum ursodeoxycholicum

La indicația specialistului gastroenterolog.

G.7. CIROZA HEPATICĂ

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D. C. I.
22.	1.	J05A B04	Lamivudinum*, #
23.	2.	C03C A01	Furosemidum
24.	3.	C03D A01	Spiroclactonum

**) La indicația specialistului gastroenterolog sau infecționist, în aceleași condiții ca la G4 "Hepatitele cronice de etiologie virală (cu HBV, HCV), cu probe biologice de activitate, markeri de replicare virală, criterii histologice;*

și vârsta sub 65 ani, fiind necesară îndeplinirea tuturor criteriilor enunțate"; se vor prescrie cu aprobarea comisiei centrale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

G. 8. HIV/SIDA

Medicamentele vor fi asigurate prin farmaciile aparținând unităților sanitare, prin care se derulează subprogramul național cu scop curativ Tratamentul persoanelor cu infecții HIV/SIDA și postexpunere (profesionala și verticală).

G. 9. TALASEMIE ȘI HEMOCROMATOZĂ

<i>Nr. crt.</i>	<i>Nr. crt.</i>	<i>Grupa ATC</i>	<i>D. C. I.</i>
<i>25.</i>	<i>1.</i>	<i>V03A C01</i>	<i>Deferoxaminum</i>

La indicația specialistului hematolog +/- gastroenterolog;

G. 10. LEUCEMII, LIMFOAME, APLAZIE MEDULARĂ, GAMAPATII MONOCLONALE MALIGNNE, MIELOPROLIFERĂRI CRONICE ȘI TUMORI MALIGNNE

<i>Nr. crt.</i>	<i>Nr. crt.</i>	<i>Grupa ATC</i>	<i>D. C. I.</i>
<i>26.</i>	<i>1.</i>	<i>A03F A01</i>	<i>Metoclopramidum</i>
<i>27.</i>	<i>2.</i>	<i>A04A A01</i>	<i>Ondansetronum #</i>
<i>28.</i>	<i>3.</i>	<i>H02A B02</i>	<i>Dexamethasonum</i>

29.	4.	N02A A01	Morphinum
30.	5.	N02A A08	Dihydrocodeinum
31.	6.	N02A B01	Pethidinum
32.	7.	N02A X02	Tramadolum
33.	8.	N07B C02	Methadonum
34.	9.	R05D A04	Codeinum
35.	10.	A04A A02	Granisetronum #
36.	11.	B03X A01	Epoetinum #
37.	12.	H01B A02	Desmopressinum
38.	13.	L04A A01	Ciclosporinum #
39.	14.	N02A B03	Eentanylum #
40.	15.	N02A A05	Oxycodonum #

La indicația specialistului hematolog sau oncolog.

Medicamentele specifice se asigură prin subprogramul național cu scop curativ Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

G. 11. EPILEPSIE

Nr. art.	Nr. art.	Grupa ATC	D.C.I.
41.	1.	N03A A02	Phenobarbitalum
42.	2.	N03A B02	Phenitoinum
43.	3.	N03A D01	Ethosuximidum
44.	4.	N03A E01	Clonazepamum
45.	5.	N03A F01	Carbamazepinum
46.	6.	N03A F02	Oxcarbazepinum* #
47.	7.	N03A G01	Acidum valproicum și săruri
48.	8.	N03A X09	Lamotriginum* #
49.	9.	N03A X11	Topiramatum* #

50.	10.	N03A X12	Gabapentinum*
51.	11.	N03A X14	Levetiracetamum* #
52.	12.	N03A XN1	Prégabalinum* #

*Se vor prescrie la indicația specialistului neurolog, iar produsele corespunzătoare DCI-urilor marcate cu *, cu aprobarea comisiilor teritoriale.*

G. 12. BOALA PARKINSON

Nr. cre.	Nr. cre.	Grupa AIC	D.C.I.
53.	1.	N04A A01	Trihexyphenidilum*
54.	2.	N04A A02	Biperidenum
55.	3.	N04B A02	Levodopum + Carbidopum
56.	4.	N04B A02	Levodopum + Benserazidum
57.	5.	N04B A03	Levodopum + Carbidopum + Entacaponum*) #
58.	6.	N04B C04	Ropinirololum*)
59.	7.	N04B C05	Prâmipexolum*)
60.	8.	N04B D01	Selegilinum
61.	9.	N04B B01	Amantadinum
62.	10.	N04B C01	Bromocriptinum
63.	11.	N04B X02	Entacaponum*) #
64.	12.	N05A H02	Clozapinum*) #

*Se vor prescrie de către sau la indicația specialistului neurolog, iar produsele corespunzătoare DCI-urilor marcate cu *, cu aprobarea comisiilor teritoriale.*

G. 13. MIASTENIA GRAVIS

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
65.	1.	H02A B07	Prednisonum
66.	2.	N07A A01	Neostigmini bromidum
67.	3.	N07A A02	Piridostigminum
68.	4.	L04A X01	Azathioprinum

G. 14. SCLEROZA MULTIPLĂ

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
69.	1.	H02A B04	Methylprednisolonum
70.	2.	H02A B07	Prednisonum
71.	3.	L01D B07	Mitoxantronum** #
72.	4.	L03A B07	Interferonum Beta 1a*) #
73.	5.	L03A B08	Interferonum Beta 1b*) #
74.	6.	L08A X13	Glatiramer acetat*) #
75.	7.	L01B A01	Methotrexatum #
76.	8.	L04A X01	Azathioprinum

*) Se prescriu numai pentru pacienții incluși în subprogramul național cu scop curativ Tratamentul bolnavilor cu boli neurologice: scleroză multiplă.

** Cu aprobarea comisiilor din centrele universitare.

G. 15. BOLI PSIHICE (Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, tulburări afective majore, tulburări psihotice acute)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
77.	1.	N03A G01	Acidum valproicum și săruri
78.	2.	N05A F01	Flupentixolum

79.	3.	N05A H02	Clozapinum
80.	4.	N06A X03	Mianserinum
81.	5.	N05A E05	Amisulpiridum #
82.	6.	N06A A04	Clomipraminum
83.	7.	N05A X08	Risperidonum #
84.	8.	N05A H03	Olanzapinum #
85.	9.	N05A H04	Quetiapinum #
86.	10.	N05A F05	Zuclopentixolum
87.	11.	N05A E04	Ziprasidonum #
88.	12.	N05A X12	Aripiprazolum #

Se vor prescrie de către sau la indicația specialistului psihiatru.

G. 16. DEMENȚE (degenerative, vasculare, mixte)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
89.	1.	N06D A02	Donepezilum #
90.	2.	N06D A03	Rivastigminum #
91.	3.	N06D X01	Memantinum #

Se vor prescrie de către sau la indicația specialistului neurolog sau psihiatru.

G. 17. COLAGENOZE MAJORE (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, dermatomiozita, poliarterita nodoasă)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
92.	1.	H02A B07	Prednisonum

93.	2.	H02A B04	Methylprednisolonum oral, cazurile fără răspuns la Prednisonum
94.	3.	L01A A01	Cyclophosphamidum
95.	4.	L01B A01	Methotrexatum
96.	5.	L04A X01	Azathioprinum

G. 18. POLIARTRITA REUMATOIDĂ ȘI ARTROPATIA PSORIAZICĂ

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
97.	1.	A07B C01	Sulfasalazinum
98.	2.	H02A B07	Prednisonum
99.	3.	H02A B04	Methylprednisolonum oral, cazurile fără răspuns la Prednisonum
100.	4.	H02A B01	Betametasonum injectabil, pte. adm. locală
101.	5.	M01A B05	Diclofenacum
102.	6.	M01A E03	Ketoprofenum
103.	7.	P01B A02	Hydroxyclochinum
104.	8.	L01B A01	Methotrexatum
105.	9.	L04A A01	Ciclosporinum*) #
106.	10.	L04A A11	Etanerceptum**) #
107.	11.	L04A A12	Infliximabum**) #
108.	12.	L04A A13	Leflunomidum*) #
109.	13.	L04A A17	Adalimumabum**) #
110.	14.	L04A X01	Azathioprinum
111.	15.	M01C B01	Natrii aurothiomalas

**) La indicația specialistului reumatolog, internist sau a specialistului în medicină fizică și recuperare medicală în cazurile fără răspuns la terapia clasică.*

****) Pentru pacienții cu poliartrită reumatoidă sau artropatie psoriazică severă care nu răspund adecvat la metotrexat, cu aprobarea comisiei centrale de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.*

G. 19. SPONDILITA ANKILOZANTĂ

<i>Nr. crt.</i>	<i>Nr. crt.</i>	<i>Grupa ATC</i>	<i>D. C. F.</i>
112.	1.	A07E C01	Sulphasalazinum
113.	2.	L01B A01	Methotrexatum
114.	3.	M01A B05	Diclofenacum
115.	4.	M01A E03	Ketoprofenum
116.	5.	H02A B01	Betamethasonum injectabil., pt. adm. locală

G. 20. TUBERCULOZA, MICOBACTERIOZELE ATIPICE ȘI MUCOVISCIDOZA

Medicamentele vor fi asigurate prin farmaciile aparținând unităților sanitare prin care se derulează subprogramul național cu scop curativ. Tratatamentul bolnavilor cu tuberculoză.

Pentru mucoviscidoză medicamentele destinate profilaxiei și tratamentului complicațiilor respiratorii prescrise conform protocolului vor fi asigurate prin farmacii de circuit deschis, fiind suportate integral din fond.

G. 21. DIABET ZAHĂRAT ȘI BOLI DE NUTRIȚIE

*Medicamentele vor fi asigurate prin farmaciile aparținând unităților sanitare prin care se derulează subprogramul național cu scop curativ
Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat.*

G. 22. BOLI ENDOCRINE (Guşa endemică, insuficiența suprarenală cronică, diabetul isipid, mixedemul adultului, tumori hipofizare cu expansiune supraselară)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupă ATC	D.C.F.
117.	1.	H01B A02	Desmopressinum
118.	2.	H01G B03	Lanreotidum* †
119.	3.	H02A A02	Fludrocortizonum
120.	4.	H02A B09	Hydrocortizonum
121.	5.	H02A B07	Prednisonum
122.	6.	H03A A01	Levothyroxinum
123.	7.	H03C A	Iodidum
124.	8.	H03C A01	Kaliij iodidum

** Cu aprobarea comisiei centrale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,*

G. 23. BOALA WILSON

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupă ATC	D.C.F.
125.	1.	N01G C01	Pentamillaminum

La indicația specialistului gastroenterolog sau neurolog.

G. 24. STĂRI POST TRANSPLANT

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.F.
126.	1.	A05A A02	Acidum ursodeoxycholicum
127.	2.	H02A B04	Methylprednisolonum
128.	3.	H02A B07	Prednisolum
129.	4.	J01E B01	Sulphamethoxazolum + Trimethoprimum
130.	5.	J02A C01	Fluconazolum
131.	6.	J05A B01	Aciclovirum #
132.	7.	J05AB14	Valganciclovirum
133.	8.	J05A F05	Lamivudinum #
134.	9.	L04A A01	Ciclosporinum #
135.	10.	L04A A05	Tacrolimus #
136.	11.	L04A A06	Mycophenolatium #
137.	12.	L04A A10	Sirolimus #
138.	13.	L04A X01	Azathioprinum

Se vor prescrie la recomandarea centrului care a efectuat transplantul.

G. 25. INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ

Medicamentele vor fi asigurate prin farmaciile aparținând unităților sanitare prin care se derulează subprogramul național cu scop curativ

Tratamentul de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

G. 26. GLAUCOM

Nr. art.	Nr. art.	Grupa ATC	D.C.I.
139.	1.	S01E C03	Dorzolamidum simplu și în combinații
140.	2.	S01E C04	Brinzolamidum
141.	3.	S01E D01	Timololum
142.	4.	S01E D02	Betaxololum
143.	5.	S01E D05	Carteololum
144.	6.	S01E E01	Tanatanoprostum simplu și în combinații
145.	7.	S01E E04	Travoprostum

G. 27. PEMFIGUS

Nr. art.	Nr. art.	Grupa ATC	D.C.I.
146.	1.	H02A B02	Dexamethazonum
147.	2.	H02A B04	Methylprednisolonum
148.	3.	H02A B07	Prednisolum
149.	4.	J04B A02	Dapsonum

150.	5.	L01A A01	Cyclophosphamidum
151.	6.	L01B A01	Methotrexatum
152.	7.	L04A A01	Ciclosporinum #
153.	8.	L04A X01	Azathioprinum

Se vor prescrie de medicul specialist dermatolog.

G. 28. PELAGRA

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
154.	1.	A11H A01	Acidum nicotinicum


G. 29. BOALA GAUCHER

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
155	1.	A16A B02	Imiglucerasum*) #

**) După precizarea diagnosticului de către laboratoarele de specialitate va putea fi prescris de către specialistul gastroenterolog.*

G. 30. Boli venerice (sifilis, gonoree, infecția cu Chlamidia)

Nr. crt.	Nr. crt.	Grupa ATC	D.C.I.
156.	1.	J01A A02	Doxyciclinum

157.	2.	J01A A07	Tetracyclinum
158.	3.	J01C E01	Benzylpenicillinum
159.	4.	J01C E08	Benzathinibenzylpenicillinum
160.	5.	J01C E30	Benzylpenicillinum procainicum + Benzylpenicillinum
161.	6.	J01F A01	Erythromycinum 
162.	7.	J01F A07	Josamycinum - numai la gravide

NOTĂ:

Pentru medicamentele din această secțiune, tratamentul se inițiază de medicul de specialitate, altul decât medicul de familie, luându-se în considerare mențiunile cu caracter special, notate cu asterisc, cu excepția insuficienței cardiace cronice (G.1.), la care inițierea poate fi făcută și de medicul de familie, numai pentru medicamentele din pozițiile 1 - 7 din tabelul G1, dacă bolnavul a fost explorat în prealabil pentru funcția renală. Medicamentele de la pozițiile 8 - 10 de la tabelul G1 pot fi inițiate numai de specialistul cardiolog sau de medicină internă.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI – CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.U.I. 427282; Atribut fiscal R, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română – S.A. – Sucursala „Unirea” București și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București (alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, tel./fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: Regia Autonomă „Monitorul Oficial”



5 948368 116580