



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 176 (XX) — Nr. 252

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Mărti, 1 aprilie 2008

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
324.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008	2-31

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRĂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare *contract-cadru*.

Art. 2. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, 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 în termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) 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 cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între 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, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 4. — În domeniul asigurărilor sociale de sănătate Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate 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. — Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele bugetare aprobate pentru anul în curs și se efectuează după cum urmează:

a) angajamentele legale care urmează a fi lichidate, ordonanțate și plătite în cursul anului curent se stabilesc ca diferență între creditele bugetare aprobate prin legile bugetare anuale și soldul obligațiilor angajate și neachitate din anul precedent și care se achită în anul în curs;

b) angajamentele legale din anul în curs, care urmează a fi lichidate, ordonanțate și plătite în anul următor, nu pot depăși împreună cu angajamentele prevăzute la lit. a) creditele bugetare aprobate;

c) sumele nedecontate pentru servicii medicale, inclusiv furnizarea de medicamente și dispozitive medicale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele aprobate.

Angajamentele legale aferente serviciilor medicale, inclusiv furnizarea de medicamente și dispozitive medicale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depăși media lunară a primelor 11 luni ale anului precedent decât cu maximum 5%.

Art. 6. — Prevederile prezentei hotărâri intră în vigoare la 1 aprilie 2008, dată la care se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 1.842/2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.034 din 27 decembrie 2006, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:
Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

București, 19 martie 2008.
Nr. 324.

Produs electronic destinat exclusiv informării gratuite a persoanelor fizice asupra actelor ce se publică în Monitorul Oficial al României

CONTRACT-CADRU
privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
pentru anul 2008

CAPITOLUL I
Dispoziții generale

Art. 1. — (1) Furnizorii 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, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile prezentului contract-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a prezentului contract-cadru, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, denumite în continuare *norme*.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, 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 în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

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

Art. 3. — (1) Casele de asigurări de sănătate comunică termenul de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, precum și de alte documente, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și 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. Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu sau de

dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor alocate fiecărui tip de asistență.

Art. 4. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu contractate, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

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

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

Art. 5. — (1) 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 de către instanțele de judecată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni 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.

(2) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre punctele de lucru.

Art. 6. — (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali și Moșelor din România.

(2) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către 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 organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale.

(4) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

Art. 7. — (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 8. — (1) Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicina muncii-boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. 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. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent constituie venituri la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare *Fond*, din finanțarea anului precedent.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidențe, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, pentru anul curent, reconstituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, pentru perioadele anterioare anului curent, constituie venituri la Fond din finanțarea anului precedent.

Art. 9. — (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească 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.

(2) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația să întocmească evidențe distincte ale pacienților cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

Art. 10. — Atribuțiile ce revin potrivit prezentului contract-cadru, autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Art. 11. — (1) Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

(2) Documentele care stau la baza decontării serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor, care răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate.

CAPITOLUL II

Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 12. — 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 contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 13. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre 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, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, respectiv actul de înființare sau organizare, după caz;

b) autorizația sanitară de funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care

se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege;

- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- d) codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie de pe buletinul/carta de identitate), după caz;
- e) dovada de evaluare a furnizorului;
- f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada derulării contractului.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președintelui-director general, cu acordul prealabil al furnizorilor ce reprezintă același segment de asistență medicală și care solicită încheierea de contracte cu casa de asigurări de sănătate.

SECȚIUNEA a 3-a

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

Art. 14. — 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, în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;
- b) să informeze asigurații cu privire la pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, la obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile asiguratului referitoare la actul medical;
- 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/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cetățenii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, 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 conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice, 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;

g) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

i) 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;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică și consultarea site-ului casei de asigurări de sănătate;

l) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;

m) să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

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

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

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

q) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în norme;

s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;

t) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

u) să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale;

v) să acorde asistența medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

x) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

y) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

Art. 15. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate, realizate și raportate în limita valorii de contract încheiat cu casele de asigurări de sănătate;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, partea de contribuție personală a asiguratului pentru unele servicii medicale, precum și coplata reprezentând 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;

d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 16. — 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, precum și, după caz, valoarea de contract;

b) 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 serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației;

f) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

g) să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului.

Art. 17. — (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:

a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor;

b) unele servicii medicale de înaltă performanță;

c) unele servicii de asistență stomatologică;

d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;

e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani;

f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;

g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;

h) fertilizarea in vitro;

i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor;

j) asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă și a schimbării gradului de handicap;

k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;

l) contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;

m) serviciile medicale solicitate de asigurat;

n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie;

o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;

p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;

q) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;

r) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;

s) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning din structura spitalului;

t) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;

u) activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase din structura spitalelor;

v) cheltuielile de personal și cheltuielile pentru medicamente și materiale sanitare în unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență.

(2) Serviciile, altele decât cele prevăzute la alin. (1) lit. b), c), f) și n), și contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin norme.

(3) Programele naționale de sănătate se finanțează de la bugetul de stat, din venituri proprii, prin transfer din bugetul Ministerului Sănătății Publice către bugetul Fondului, precum și din bugetul Fondului. Modul de organizare, finanțare, derulare și monitorizare a programelor naționale de sănătate este prevăzut în actele normative care reglementează aceste programe.

SECȚIUNEA a 4-a

Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 18. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept la data producerii 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.

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

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora;

b) retragerea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de desfășurătoarele privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an;

d) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 14 lit. a), c), j), l), m), n), r), t), v), x), y), precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

f) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q), u);

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 14 lit. b), g) și s);

h) la prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 14 lit. i).

Art. 19. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, 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, cu indicarea temeiului legal.

Art. 20. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia/acestui până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia/acestui;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate, și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții speciale

Art. 21. — (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, 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 prevăzute în norme, respectiv coplata conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat, iar suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale, respectiv coplata conform prevederilor legale în vigoare, se suportă din bugetele ministerelor și instituțiilor respective.

SECȚIUNEA a 6-a

Asistența medicală primară — Condiții specifice**1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară**

Art. 22. — (1) Asistența medicală primară se asigură de către medicii de familie prin cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv 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 și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise 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 hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate pentru medici nou-veniți și numai în format electronic pentru furnizorul care a avut contract cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezintă la contractare lista numai în format electronic vor depune și o declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior.

(3) Necesarul de medici de familie și numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale 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 stabilesc pe localități, de către o comisie paritară,

formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai autorităților de sănătate publică, împreună cu reprezentanții colegiilor teritoriale ale medicilor, 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 și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie este de 1.000 la data de 31 decembrie 2008.

(5) Medicilor de familie al căror număr de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe listele proprii, scade, timp de 6 luni consecutive, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se poate rezilia contractul în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a analizării fiecărei situații de scădere a numărului minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale 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.

(6) Numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.

Art. 23. — (1) 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 cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, după caz.

(2) 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.

(3) Pentru realizarea serviciilor adiționale care necesită dotări speciale medicii de familie pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 24. — Medicii de familie acordă asistență medicală 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 Fond, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

Art. 25. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea.

(2) Pentru asigurații care nu sunt în evidența medicului de familie cu o boală cronică, controlul medical se poate efectua la solicitarea expresă a asiguratului sau atunci când acesta se prezintă la medicul de familie pentru o afecțiune acută. Controlul medical se poate efectua și la solicitarea medicului de familie. Ca urmare a controlului medical medicul de familie va încadra asiguratul într-o grupă de risc și va consemna acest lucru în fișa medicală.

Art. 26. — Cabinetele medicale vor funcționa cu minimum un asistent medical, indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă.

2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară

Art. 27. — Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare, inclusiv sâmbăta, duminica și în 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.

Art. 28. — (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. În cabinetele medicale și/sau localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin doi medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

(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) unități medicale specializate care asigură serviciile medicale de urgență prespitalicească și transport medical.

(3) Medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență care asigură rezolvarea situațiilor de urgență în afara programului de lucru, 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 apelată substația serviciului județean de ambulanță (112), respectiv al celui mai apropiat serviciu de ambulanță organizat de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

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

Art. 29. — 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.

3. Medicii de familie nou-veniți în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Art. 30. — 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 și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, 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.

Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor 3 luni.

Art. 31. — (1) 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, a retragerii definitive din activitate a acestuia, precum și în toate situațiile prevăzute de lege, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în baza listei de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale a medicului care a funcționat anterior în cabinetul respectiv, în condițiile stabilite în norme, după cum urmează:

a) pentru primele 3 luni de activitate contractul se încheie indiferent de numărul de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, beneficiind de un venit stabilit prin norme;

b) pentru următoarele 3 luni venitul medicului se stabilește în aceleași condiții cu cel al medicilor de familie ce nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți.

(2) La expirarea celor 6 luni prevăzute la alin.(1), medicii nou-veniți vor continua relația contractuală dacă îndeplinesc prevederile art. 22 alin.(3).

4. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 32. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, 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 necesare, în limita domeniului de competență a asistenței medicale primare. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;

b) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, 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 odată 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 și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

e) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, a aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de către primărie, precum și la sesizarea 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 familiile 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 prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicul de familie va refuza transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări

de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, precum și situațiile în care medicul de familie a prescris medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

i) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 33. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să valideze sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate depusă în format electronic de medicii de familie, respectiv lista persoanelor asigurate depusă pe suport hârtie și în format electronic de medicii de familie nou-veniți, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă;

b) să facă publice valorile definitive ale punctelor, rezultate în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât 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 și care sunt înscriși 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 Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport 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 înscriși 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, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

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

5. Decontarea serviciilor medicale din asistența medicală primară

Art. 34. — 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 pentru asigurați, precum și pentru persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale și ale pachetului facultativ de servicii medicale.

Art. 35. — 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 înscrși 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 gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea 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. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de asigurați înscrși pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în 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. 36. — 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. 37. — 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.

6. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor

Art. 38. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, precum și abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 32 lit. h), se va diminua valoarea minimă garantată a punctului *per capita* pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii 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) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1) se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute ca disponibil în condițiile alin. (1) la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale primare.

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

Art. 39. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază pentru situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1).

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18 alin. (2), precum și în următoarele situații:

a) în cazul în care numărul asiguraților și al persoanelor beneficiare ale pachetului minimal înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv sub numărul minim stabilit conform art. 22 alin. (3);

b) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 38 alin. (1) pentru fiecare situație;

c) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 32 lit. f) și i);

d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere pentru oricare dintre situațiile prevăzute la art. 32 lit. b), c), d) și e);

e) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 32 lit. a) și g).

Art. 40. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la 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.

Art. 41. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situație.

SECȚIUNEA a 7-a

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, asistența medicală stomatologică și asistența medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății — condiții specifice

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 42. — 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, inclusiv cabinete medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, 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 și ambulatorii integrate 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;

d) societăți de turism balnear și de recuperare, constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, 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, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

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

f) centre de diagnostic și tratament și centre medicale — unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 43. — (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 competență/atestat de studii complementare de acupunctură, fitoterapie, homeopatie, precum și cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor, care sunt

certificați de Ministerul Sănătății Publice și lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor/atestatelor de studii complementare 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 și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul se stabilesc de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai autorităților de sănătate publică județene, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și ai reprezentanților colegiilor teritoriale ale medicilor și ai colegiilor teritoriale ale medicilor dentiști. Prin *normă* se înțelege un program de lucru de 7 ore pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână.

(3) Numărul de puncte estimat pentru serviciile medicale ce pot fi efectuate de medici pentru specialitățile clinice, stabilit în condițiile alin. (2), se are în vedere la calculul valorii minime garantate pentru un punct în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(4) 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.

(5) 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.

Art. 44. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 42 și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 13; în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la contract se atașează și documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare, și de medicină dentară încheie un singur 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. 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 paraclinice 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. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte și cu alte case de

asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (4). Prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

(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. Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(4) În situația în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București. În acest sens fiecare casă de asigurări de sănătate va prezenta spre avizare la Casa Națională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii.

(5) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice și dentare care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate dintre cele prevăzute la art. 42 își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție situațiile în care într-o localitate în care funcționează o unitate sanitară cu paturi, aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nu există un medic de o anumită specialitate, caz în care programul de lucru al medicului respectiv cuprins în contractele încheiate cu casa de asigurări de sănătate nu trebuie să depășească 35 de ore plus 17,5 ore/săptămână. Nerespectarea acestei prevederi conduce la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 45. — În cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 46. — Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, medici dentiști, 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/medicilor de specialitate, încadrarea personalului mediu sanitar este obligatorie.

2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 47. — (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați.

(3) Cabinetele de medicină dentară și laboratoarele medicale își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară și al serviciilor medicale paraclinice contractate. Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice își pot desfășura activitatea la unul sau mai mulți furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate.

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

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

Art. 48. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, 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, a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală va fi un document tipizat, va conține obligatoriu numărul contractului

încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

c) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul, în cazul furnizorului de servicii medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

d) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

e) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale paraclinice sunt obligați să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

Art. 49. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pot să încaseze de la asigurați:

a) contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective;

b) coplata pentru servicii medicale în asistența medicală ambulatorie, conform prevederilor legale în vigoare;

c) cota de contribuție personală a asiguraților pentru unele servicii medicale, în condițiile prevăzute în norme;

d) contravaloarea serviciilor medicale care nu sunt decontate din bugetul Fondului, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 50. — (1) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât 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;

b) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice în localitățile/zonelor în care acestea au

contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la servicii medicale paraclinice.

4. Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 51. — Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical, exprimat în puncte sau lei.

Art. 52. — (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif pe serviciu medical 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, de 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 pe serviciu medical 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. Suma contractată de medicii dentiști pe an se defalchează lunar și se regularizează trimestrial;

c) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare. 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 al autorității judecătorești, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate la tarife diminuate, potrivit condițiilor stabilite prin 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:

a) medicii de familie; medicii de specialitate din unitățile ambulatorii prevăzute la art. 42, în condițiile alin. (6);

b) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie sau în situația în care cabinetul medicului de familie

nu se află în aceeași localitate cu unitatea de învățământ respectivă;

c) 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;

d) medicii care acordă asistență medicală 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;

e) medicii care acordă asistență medicală 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;

f) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

g) medicii de specialitate din spitale, pe bază de scrisoare medicală, 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;

h) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pentru elevi, respectiv studenți;

i) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Fac excepție urgențele și afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective documentele justificative care atestă calitatea de asigurat. Pentru situațiile prevăzute la lit. b), d), e) și f), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situația prevăzută la lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru investigații medicale de radiologie-radiografie dentară retroalveolară și panoramică și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situația prevăzută la lit. i), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia atât pentru serviciile medicale clinice, cât și pentru serviciile medicale paraclinice. Medicii prevăzuți la lit. b), d), e), f), h) și i) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de recuperare-reabilitare, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii

de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) 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 de recuperare-reabilitare.

(5) 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-reabilitare.

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

Art. 53. — 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 și casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme, 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. Valoarea definitivă a unui punct 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. 54. — Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

5. Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 55. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, paraclinice sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat 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%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără

contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii la care se înregistrează această situație sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. 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. 56. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază pentru situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1).

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18 alin. (2), precum și a următoarelor situații:

a) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b) și c);

b) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 55 alin. (1) pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută la art. 48 alin. (1) lit. e); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 55 alin. (1) de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 55 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

c) la a patra constatare a nerespectării obligației prevăzute la art. 48 alin. (1) lit. d).

Art. 57. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la 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.

Art. 58. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale și pentru laboratoarele aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situație.

Art. 59. — (1) Alte situații ce determină rezilierea, suspendarea sau încetarea contractului numai pentru filiala/punctul de lucru, respectiv filialele/punctele de lucru ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea/suspendarea lor din contract și modificarea corespunzătoare a contractului, sunt prevăzute în norme.

(2) În situația în care prin filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate continuă să se acorde servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, casele de asigurări de sănătate vor rezilia contractele încheiate cu furnizorii respectivi pentru toate filialele/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

SECȚIUNEA a 8-a

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi și servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală

A. Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

Spitale

1. Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească

Art. 60. — (1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate și evaluate conform legii.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile care au încadrarea cu personal medical de specialitate și dotarea tehnică necesară acordării serviciilor medicale contractate în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății Publice.

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

a) spitalizare continuă;

b) spitalizare de zi.

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

a) naștere, urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce 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 nedepasabil, necesită izolare sau internare obligatorie pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmării penale;

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

(5) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 13, precum și a:

a) listei de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea;

b) listei materialelor sanitare și a denumirilor comune internaționale (DCI), menționându-se care DCI-uri pot fi recomandate pacienților internați, care dintre acestea pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și care DCI-uri pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical. Lista materialelor sanitare și a DCI-urilor prezentată de spitale la încheierea contractului cuprinde lista de DCI-uri specifice tratamentului spitalicesc și DCI-urile din lista prevăzută la art. 93 alin. (1) pentru asigurarea continuității tratamentului în ambulatoriu are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului.

Art. 61. — 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. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor 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, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

Art. 62. — (1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

a) consultații;

b) investigații;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale și/sau 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 – spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical, stabilit prin norme.

Art. 63. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea

medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, precum și a medicilor care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) 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 ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau al urmării penale.

Art. 64. — (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 bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

c) suma aferentă programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

d) sumă pentru serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, precum și pentru medicamentele și materialele sanitare specifice pentru dializă peritoneală, finanțată din fondul alocat pentru serviciile de hemodializă și dializă peritoneală, care face obiectul unui contract distinct;

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 investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

g) 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, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat;

h) sume pentru servicii medicale de medicină dentară efectuate în cabinetele de medicină dentară care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale dentare.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă din cadrul spitalelor sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în structurile de primire a urgențelor ale spitalului (altele decât spitalele de urgență) sunt considerate cazuri rezolvate prin spitalizare de zi, numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

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

Art. 65. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

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

b) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

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

d) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform 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.

(3) Pentru organizarea activității privind spitalizarea de zi, spitalele au obligația să solicite acordul autorităților de sănătate publică acolo unde acest tip de activitate nu este nominalizat în structura organizatorică a spitalului, aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice.

Art. 66. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar,

în limita valorii de contract și a actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 67. — În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, 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, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele 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 externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

3. Decontarea serviciilor medicale spitalicești

Art. 68. — (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 caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevăzute în actele normative în vigoare.

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

a) sume aferente programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) sume pentru serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, precum și pentru medicamentele și materialele sanitare specifice pentru dializă peritoneală, decontate din fondul pentru serviciile de hemodializă și dializă peritoneală pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

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 investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru servicii medicale de medicină dentară efectuate în cabinetele de medicină dentară care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale dentare, în condițiile prevăzute în norme.

(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. c)—e) 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. 69. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate, 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 de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

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, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract; numărul de cazuri externate se raportează și se validează de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) suma aferentă programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, precum și pentru medicamentele și materialele sanitare specifice pentru dializă peritoneală se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinație;

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) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, în limita sumei contractate;

g) 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 în limita sumelor contractate;

h) sume pentru servicii medicale de medicină dentară efectuate în cabinetele de medicină dentară care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale dentare, se decontează în condițiile specifice asistenței medicale dentare.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența reprezentând cheltuielile hoteliere fiind suportată de asigurat.

Art. 70. — Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 69, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale sanitare specifice, acoperite prin programul național cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, 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 sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională;

b) consultații interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;

c) 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;

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

e) servicii hoteliere standard (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. 71. — Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, și decontează aceste servicii prin tarif pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi.

Art. 72. — Spitalele pot încasa coplată de la asigurați conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 73. — Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare de medicina muncii—boli profesionale cu personalitate juridică și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 70% din cazurile externate din unitățile sanitare de medicina muncii—boli profesionale cu personalitate juridică și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

4. Condiții de reziliere, încetare, suspendare și modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești

Art. 74. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 1% din valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, cu 3% din valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, cu 5% din valoarea de contract lunară.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute ca disponibil în condițiile de mai sus la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale spitalicești. Odată cu prima constatare, casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății Publice despre situațiile respective, în vederea luării măsurilor ce se impun.

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

a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(3) Prevederile art. 18 nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

(4) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

B. Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală

Art. 75. — (1) Serviciile medicale de hemodializă se asigură de către furnizori autorizați și evaluați conform legii.

(2) Modalitatea de plată a serviciilor de hemodializă este tariful pe serviciu medical. Tariful pe serviciu medical include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente și materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin norme.

(3) Serviciile medicale de hemodializă se suportă din fondul alocat cu această destinație.

(4) Pentru serviciile medicale de hemodializă acordate de furnizorii autorizați și evaluați conform legii se încheie contracte distincte cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Monitorizarea bolnavului cu dializă peritoneală se contractează ca serviciu medical în regim de spitalizare de zi și se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

(6) Transportul nemedicalizat al asiguratului de la centrul de dializă până la domiciliul acestuia și retur, în vederea efectuării hemodializei în unități sanitare publice sau centre private, poate fi efectuat de furnizorii de servicii de hemodializă autorizați și evaluați potrivit legii sau, după caz, de unități specializate, autorizate și evaluate, și de unități autorizate în acest sens conform legii, pe baza contractului încheiat cu furnizorii de servicii medicale.

SECȚIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgență și transport sanitar

1. Condiții de eligibilitate în asistența medicală de urgență și transport sanitar

Art. 76. — (1) Asistența medicală de urgență și transportul sanitar se acordă și se efectuează de unități medicale specializate, autorizate și evaluate.

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

2. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 77. — În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art.14, unitățile medicale 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 conform legii;

c) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la 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.

Art. 78. — În relațiile contractuale cu unități medicale specializate casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze unităților medicale 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.

3. Decontarea serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar

Art. 79. — (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 mediul rural, milă parcursă sau oră de zbor, după caz.

Art. 80. — Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile medicale specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Art. 81. — Modalitățile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

Art. 82. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 1% din valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, cu 3% din valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, cu 5% din valoarea de contract lunară;

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute ca disponibil în condițiile de mai sus la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale de urgență.

(2) Prevederile art. 18 nu se aplică.

SECȚIUNEA a 10-a

Îngrijiri medicale la domiciliu

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 83. — (1) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate și evaluate în condițiile legii, alții decât medicii de familie și spitalele, 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.

Produs electronic destinat exclusiv informării gratuite a persoanelor fizice asupra actelor ce se publică în Monitorul Oficial al României

2. Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 84. — Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, 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 de îngrijiri medicale furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește 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.

3. Condiții de reziliere, încetare, suspendare și modificare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 85. — (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază de plin drept pentru situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1).

(2) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor de la art. 18 alin. (2), precum și în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art. 84 lit. a)—d).

4. Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 86. — 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.

SECȚIUNEA a 11-a

Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 87. — Asistența medicală de recuperare-reabilitare se asigură în unități medicale de specialitate, autorizate și evaluate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică.

2. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 88. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, 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.

3. Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 89. — Modalitățile de plată în asistența medicală de recuperare-reabilitare 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-reabilitare. 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 30—35% din indicatorul specific, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme.

Art. 90. — (1) Recomandările pentru tratament de recuperare-reabilitare 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 de recuperare-reabilitare.

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

Art. 91. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 1% din valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, cu 3% din valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, cu 5% din valoarea de contract lunară.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute ca disponibil în condițiile de mai sus la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale de recuperare-reabilitare.

(2) Prevederile art. 18 nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare-reabilitare.

CAPITOLUL III

Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 92. — 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.

Art. 93. — (1) Lista cuprinzând 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.

(2) După 3 luni de la intrarea în vigoare, lista se poate modifica/completa trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de sănătate ale populației, pe baza analizei Ministerului Sănătății Publice, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea 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. 94. — (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, după caz;

b) cod unic de înregistrare;

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

(farmaciștii și asistenții de farmacie), valabilă pe toată perioada derulării contractului.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președinților-directori generali, cu acordul prealabil al furnizorilor de medicamente care solicită încheierea de contracte cu casa de asigurări de sănătate.

(3) 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 furnizorii evaluați și casele de asigurări de sănătate, ținându-se cont și de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorilor, în baza criteriilor stabilite prin norme. Valoarea contractelor pentru farmaciile din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, care intră în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, se negociază în baza criteriilor stabilite prin normele proprii de aplicare a contractului-cadru.

(4) Clauzele contractului, precum și valoarea acestuia pot fi modificate prin acte adiționale, astfel:

a) ori de câte ori este nevoie, dacă fondul cu această destinație suferă modificări în cursul anului sau dacă se înregistrează economii la unii furnizori de medicamente, în condițiile prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație;

b) în funcție de modificarea criteriilor care au stat la baza stabilirii valorii de contract în condițiile stabilite prin norme.

(5) 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. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii, 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. În situația în care o societate comercială farmaceutică are deschise puncte de lucru, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află punctul de lucru, în condițiile stabilite prin norme.

(6) Reprezentanții legali ai furnizorilor 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 furnizorilor de medicamente, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 95. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluați au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, inclusiv cu medicamente la preț de referință și la preț de decontare;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI cu prioritate, la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 12 ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din Lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

c) să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică, corectă și la zi;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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 al bonului fiscal și a datei de emiteră 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 funcționeze cu personal farmaceutic care posedă drept de liberă practică, conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la 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 de sărbători legale, precum și pe timpul nopții și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze, în limita valorii de contract, medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate în situațiile prevăzute în norme. În cazul medicamentelor antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, al medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant, al medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, al medicamentelor pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA și al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, în condițiile prevăzute în norme, valorile de contract sunt orientative;

n) să anuleze medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin norme;

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

p) 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 furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la punctele de lucru pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, în limita valorii de contract; pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, în condițiile precizate prin norme, decontarea se face la nivelul realizat, cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală;

t) să nu înlocuiască medicamentele prescrise de medic, cu excepția următoarelor situații, în condițiile prevăzute în norme:

— dacă medicamentul recomandat de medic este prea scump și bolnavul nu dispune de resursele financiare necesare pentru a suporta diferența de preț dintre prețul de referință și prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului respectiv;

— dacă farmacia nu are disponibil în stoc, la momentul solicitării, produsul prescris de către medic și bolnavul nu este de acord ca farmacia să îl aducă bolnavului în termen de 24, respectiv 48 de ore, în condițiile legii;

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

v) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente anterior producerii acesteia sau cel mai târziu la 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

x) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți.

Art. 96. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente 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, în limita valorii contractate, respectiv la nivelul realizat pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, în condițiile precizate prin norme, pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativă, în limita sumelor alocate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație;

b) să se informeze și să fie informați 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 Fond 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-urilor prevăzute în sublistele 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, cu excepția medicamentelor acordate în cadrul programelor naționale 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 prevăzute la art. 97 lit. c);

f) să negocieze în calitate de parte contractantă clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 97. — În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, 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 furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, pentru informarea asiguraților, lista acestora și valoarea de contract;

b) Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; 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 dacă 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;

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală sau, după caz, la nivelul realizat pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, în condițiile prevăzute în norme, pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativă, în limita sumelor alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate, 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 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 al autorității judecătorești;

g) să informeze furnizorii de medicamente cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative;

h) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de medicamente procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate, în termen de 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului;

i) să aducă la cunoștință furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

SECȚIUNEA a 3-a

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

Art. 98. — (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond, pentru fiecare medicament corespunzător DCI-ului din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI-urile cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele la care nu se stabilește preț de referință din lista aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor 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) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2008 se efectuează la termen de 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În trimestrul al IV-lea 2008 decontarea sumelor pentru activitatea curentă se face în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(5) Decontarea contravalorii medicamentelor pentru care se fac transferuri din bugetul Ministerului Sănătății Publice în bugetul Fondului se face până la 45 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

Art. 99. — (1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamente sub forma denumirii comerciale începând cu data intrării în vigoare a prezentului contract-cadru. 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, cu excepția medicamentelor prevăzute în această sublistă, notate cu #,

situație în care se prescrie o singură prescripție, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună mai mare de 300 lei, cu medicamente notate cu # pe lună, fără a se mai prescrie și alte medicamente din sublista B în luna respectivă;

c) pentru sublista C secțiunea C1 — pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente;

d) pentru sublista C secțiunea C3 — o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excepție, în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr.339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu completările ulterioare, se pot emite pentru același asigurat mai multe prescripții, conform reglementărilor legale în vigoare.

(3) 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 pentru 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 secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; 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. (2).

(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic, corespunzătoare fiecărei DCI cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1, pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică, în condițiile alin. (1)—(3).

(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor antidiabetice orale corespunzătoare DCI-urilor din grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție — G21 și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, a medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant, a medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, a medicamentelor pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, în condițiile prevăzute în norme, pentru care se completează prescripții distincte.

(6) 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.

(7) 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)—(6) pot fi depășite numai cu acordul scris al comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice.

(8) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0—12 luni beneficiază de medicamente gratuite, fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul

afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni se suportă integral din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 4-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Art. 100. — (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept la data producerii următoarelor 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.

(2) 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 maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, de la încetarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) în cazul retragerii de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau al expirării termenului de valabilitate a acesteia;

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

d) odată cu prima constatare, după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 104; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 104 de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/punct de lucru din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 104 pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

e) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) în cazul nerespectării prevederilor art. 95 lit. c), f), h), m), o), q), u), v) și x);

g) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 95 lit. a), b), g), n), r), s) și t);

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 95 lit. e), j), k), l) și p);

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond.

Art. 101. — Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) expirarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

Art. 102. — Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

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.

Art. 103. — (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 100 alin. (2) lit. d), e) și f) — pentru nerespectarea prevederilor art. 95 lit. f), m) și v) — și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 100 alin. (2) lit. g) — pentru nerespectarea prevederilor art. 95 lit. g) și r) — se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 100 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 101 și 102 referitoare la condițiile de suspendare, respectiv încetare se aplică societății comerciale

farmaceutice sau farmaciilor, respectiv punctelor de lucru, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile respective pentru toate farmaciile/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

Art. 104. — În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) cu 10% la prima constatare;

b) cu 15% la a doua constatare;

c) cu 20% la a treia constatare.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea fondului alocat consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Art. 105. — Lista prețurilor de referință la nivel de unitate terapeutică corespunzătoare medicamentelor — denumiri comerciale din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) —, aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice, se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile stabilite prin norme.

CAPITOLUL IV

Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate a furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Art. 106. — Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, denumite în continuare *dispozitive medicale*, se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății Publice și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 107. (1) — Contractul de furnizare de dispozitive medicale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul său legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;

c) dovada de evaluare, pentru sediul social și pentru punctele de lucru;

d) certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății Publice, și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător, după caz;

e) avizul de funcționare și/sau certificatul de înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătății Publice;

f) dovada de răspundere civilă în domeniul medical, valabilă pe toată perioada derulării contractului, atât pentru personalul medico-sanitar, cât și pentru furnizor;

g) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul, pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președinților-directori generali, cu acordul prealabil al furnizorilor de dispozitive medicale care solicită încheierea de contract cu casa de asigurări de sănătate.

SECȚIUNEA a 2-a

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

Art. 108. — 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 punere în funcțiune 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 recomandării 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, care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 107 alin.(1) lit. g), însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății Publice și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

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 de un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice sau a verificării după reparare, 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;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, anterior producerii acesteia sau cel mai târziu la 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor.

Art. 109. — 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, în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor necesare în vederea decontării;

b) să fie informați ori de câte ori este nevoie și din timp asupra modalității de furnizare a dispozitivelor medicale;

c) să încaseze contribuție personală de la asigurați, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 110. — 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, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

b) să informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

c) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, conform bugetului aprobat;

d) să precizeze în decizia de procurare a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical furnizat de aceștia și să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

e) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și să pună la dispoziție asiguraților, o dată cu decizia, prin poștă, lista tuturor prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivul medical aprobat prin decizie;

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

g) 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. 111. — Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere se stabilesc potrivit dispozițiilor cuprinse în norme. Lista dispozitivelor medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilește prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată.

Art. 112. — (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 bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale evaluați 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 de dispozitive medicale evaluați 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. 113. — (1) 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 cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilit de Serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia.

Art. 114. — (1) Dispozitivele medicale se acordă pe baza recomandării medicale a 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. *Medicul sau reprezentantul legal al medicului* reprezintă furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate 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. Recomandarea 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 a cărei evidență se află asiguratul.

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

(4) 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.

(5) 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, încetare și suspendare
a contractelor de furnizare de dispozitive medicale**

Art. 115. — (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept la data producerii situației în care din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

(2) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 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 acestuia;

b) retragerea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătății Publice și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 108 lit. a), b), c), d), g), k) și l);

e) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 108 lit. e), h), i) și j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond.

Art. 116. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

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

c) acordul de voință al părților;

d) 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.

Art. 117. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de

asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

**CAPITOLUL V
Dispoziții finale**

Art. 118. — 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. 119. — Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății Publice, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu, 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 și serviciile medicale ambulatorii.

Art. 120. — 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. 121. — 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. 122. — 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. 123. — 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 în ambulatoriu se încheie anual. Decontarea serviciilor medicale și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Art. 124. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2007 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 2008. Condițiile acordării asistenței medicale

În baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 125. — (1) Sunt incluse în lista DCI-urilor 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 Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru femeile gravide și lăuze.

Art. 126. — Furnizorii de servicii medicale au obligația de a respecta ghidurile și protocoalele de practică medicală elaborate conform dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 127. — Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită, la solicitarea Ministerului Sănătății Publice, prin autoritățile de sănătate publică, datele de identificare ale persoanelor înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare.

Art. 128. — 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, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate 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 baza codului numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

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

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

f) să controleze actele de evidență financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;

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

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat.

Art. 129. — Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulator, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 130. — Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme.

Art. 131. — Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită în termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor sau după data semnării contractului/convenției și care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. În înțelesul prezentului contract-cadru, prin *forță majoră* se înțelege: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo. Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore.

ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE

— Prețuri pentru anul 2008 —

Denumirea publicației	Suport fizic			Suport electronic	
	Abonament anual (lei)	Abonament trimestrial (lei)	Abonament lunar (lei)	Abonament anual (lei)	Abonament lunar (lei)
• Monitorul Oficial, Partea I, în limba română	1.670	428	150	960	90
• Monitorul Oficial, Partea I, în limba română, numere bis*	285	—	—		
• Monitorul Oficial, Partea I, în limba maghiară	1.500	375	—	420	40
• Monitorul Oficial, Partea a II-a	2.250	562	—	720	65
• Monitorul Oficial, Partea a III-a	430	107	—	240	25
• Monitorul Oficial, Partea a IV-a	1.720	430	—	1.080	100
• Monitorul Oficial, Partea a VI-a	1.600	400	—	900	85
• Monitorul Oficial, Partea a VII-a	540	135	—	240	25
• Colecția Legislația României	450	112	—	—	—
• Colecția de hotărâri ale Guvernului și alte acte normative	750	187	—	—	—
• Breviar legislativ	70	17	—	40	—
• Repertoriul actelor normative apărute în Partea I	120	—	—	—	—

* Cu excepția numerelor bis de interes restrâns, disponibile prin comandă.

Prețurile includ TVA 9%.

Abonamente la publicațiile oficiale și comenzi către „Monitorul Oficial” R.A. se pot efectua prin următoarele societăți de distribuție:

- ◆ COMPANIA NAȚIONALĂ „POȘTA ROMÂNĂ” — S.A. — prin oficiile sale poștale
- ◆ ACTA LEGIS — S.R.L. — București, Str. Lirei nr. 11, parter, ap. 1, (telefon/fax: 411.91.79; 411.54.08)
- ◆ INFO EUROTRADING — S.A. — București, Splaiul Independenței nr. 202A (telefon: 316.30.57, fax: 316.30.58)
- ◆ INTERPRESS SPORT — S.R.L. — București, Piața Presei Libere nr. 1, corp B, et. 2, camerele 256—259, OP 33 (telefon/fax: 313.85.07; 313.85.08; 313.85.09)
- ◆ MEDIA PRESS ABONAMENTE — S.R.L. — București, str. Izvor nr. 78, et. 2 (telefon: 311.97.84, fax: 311.97.85)
- ◆ M.T. PRESS IMPEX — S.R.L. — București, bd. Basarabia nr. 256 (telefon/fax: 255.48.15; 255.48.16; 255.48.17)
- ◆ PRESS EXPRES — S.R.L. — Otopeni, str. Flori de Câmp nr. 9 (telefon/fax: 221.05.37; 0745.133.712)
- ◆ ZIRKON MEDIA — S.R.L. — București, str. Pictor Dimitrie Hârlescu nr. 6, sector 2 (telefon: 255.18.00, fax: 255.18.66; 255.19.18)
- ◆ ART ADVERTISING — S.R.L. — Râmnicu Vâlcea, str. Regina Maria nr. 7, bl. C1, sc. C, mezanin II (fax: 0250/73.54.75, telefon: 0350.40.59.87; 0350.40.59.88)
- ◆ CALLIOPE — S.R.L. — Ploiești, str. Elena Doamna nr. 62—64 (telefon/fax: 0244/51.40.52; 0244/51.48.01)
- ◆ DIFSTARPRESS — S.R.L. — Slobozia, bd. Matei Basarab, bl. I60, sc. A, ap. 15 (telefon/fax: 0243/23.23.68)
- ◆ CURIER PRESS — S.A. — Brașov, str. Traian Grozăvescu nr. 7 (telefon/fax: 0268/47.05.96; 0268/47.56.68)
- ◆ MIMPEX — S.R.L. — Hunedoara, str. Ion Creangă nr. 2, bl. 2, ap. 1 (telefon/fax: 0254/71.92.43)
- ◆ ROESTA — S.R.L. — Curtea de Argeș, str. Valea Iașului, bl. P10, sc. B, ap. 18 (telefon/fax: 0248/72.11.43)
- ◆ VIAȚA LIBERĂ — S.A. — Galați, Str. Domnească nr. 68 (telefon: 0236/46.06.20, fax: 0236/46.08.75)
- ◆ UNITATEA — S.R.L. — Alba Iulia, str. Traian nr. 26 (telefon: 0258/81.16.31, fax: 0258/81.28.43)
- ◆ MANPRES DISTRIBUTION — S.R.L. — București, Piața Presei Libere nr. 1 (OP 33 — CP 24) (telefon/fax: 0318.06.20.33)
- ◆ CUGET LIBER — S.A. — Constanța, bd. I.C. Brătianu nr. 5 (telefon: 0241/58.21.20, fax: 0241/61.95.24)

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
 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 de vânzări și informare, București, șos. Panduri nr. 1,
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23
 Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

