

Nr. 423 / 29.03.2013

Nr. 191/29.03.2013

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014

Având în vedere Referatul de aprobare nr. EN 3156 din 29 martie 2013 al Ministerului Sănătății și nr. DG 673 din 29 martie 2013 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (5) din titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. 1. - Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, prevăzute în anexele nr. 1 - 41, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. - Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2013. De la această dată se abrogă Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 922 și 922 bis din 27 decembrie 2011.

Art. 3. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

**PREȘEDINTELE CASEI NAȚIONALE
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

GHEORGHE -EUGEN NICOLĂESCU

DORU BĂDESCU

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE în asistența medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din anexa 2.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidență în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

D. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează două consultații pe an calendaristic, pe asiguratură.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale facultativ înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din anexa 2.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consilierea pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

D. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: bilet de trimitere pentru asistența de specialitate pentru specialitățile clinice, certificat constatator de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

F. Servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).

NOTA 1: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, cumulată la nivelul medicului de familie și medicului de specialitate din ambulatoriul clinic. Dacă cazul este rezolvat la nivelul medicului de familie casa de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Pentru același episod de boală acută/subacută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, și pentru cazul respectiv este necesară trimiterea către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, medicul de familie eliberează bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate (una sau două consultații).

NOTA 2: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 3: În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4 consultații.

NOTA 4: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6, din care la nivelul medicului de familie pot fi acordate maximum 3 consultații.

NOTA 5: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din anexa 2.

B. Servicii medicale profilactice/de prevenție:

1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:

- a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
- b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
- c) la 2 luni;
- d) la 4 luni;
- e) la 6 luni;
- f) la 9 luni;
- g) la 12 luni;
- h) la 15 luni;
- i) la 18 luni;
- j) la 24 luni;
- k) la 36 luni.

2. Consultații pentru servicii medicale de prevenție:

- a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;
- b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;

Controlul medical cuprinde:

- consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observație;
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie, nu mai mult de o dată pe an.

c) supravegherea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, și cuprinde: sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic și alte activități care nu se finalizează cu eliberarea de prescripții medicale sau prescriere de investigații medicale paraclinice.

3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidență în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum și consilierea pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se raportează două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

6. Servicii de promovare a sănătății

Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;

- manevre de mică chirurgie, după caz;

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

- bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;

- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie după caz;

- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;

- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau lunar.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.

NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, cumulată la nivelul medicului de familie și medicului de specialitate din ambulatoriul clinic. Dacă cazul este rezolvat la nivelul medicului de familie casa de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Pentru același episod de boală acută/subacută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, și pentru cazul respectiv este necesară trimiterea către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, medicul de familie eliberează bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate (una sau două consultații).

NOTA 3: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 4: În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

NOTA 5: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6, din care la nivelul medicului de familie pot fi acordate maximum 3 consultații.

NOTA 6: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

NOTA 7: Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice o consultație lunară, iar prescripția/prescripțiile medicală/medicale aferentă/aferente pot fi eliberate pentru 30/31, 60/62 sau 90/91/92 de zile.

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice

a) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri.

b) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la casa de asigurări de sănătate;
- raportarea semestrială a modificărilor intervenite/mișcarea semestrială/intrări/ieșiri.

Afecțiunile cronice sunt:

- sindroame poststreptococice la copii;
- cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice;
- digestive: sindrom de malabsorbție;
- de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți);
- ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă;

- ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic;
- endocrine: distrofiile endemice tireopate, gușă (copii și adulți);
- psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice;
- oftalmologice: glaucom.

E. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 20 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

NOTA 1: Consultațiile la domiciliu se consemnează în "Caietul de consultații la domiciliu" care va conține: data și ora consultației, numele, prenumele, semnătura beneficiarului sau numele, prenumele și semnătura aparținătorului. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

NOTA 2: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) consultația se acordă în aceleași condiții ca și la cabinetul medical. În cadrul consultației la domiciliu, medicul de familie efectuează și controlul periodic al acestor bolnavi.

NOTA 3: Pentru bolnavii cu afecțiuni acute/subacute consultația la domiciliu se acordă în aceleași condiții ca și la cabinetul medical.

F. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății.

Aceste servicii reprezintă consultațiile ce se acordă asiguraților conform literelor C și E și pentru care, suplimentar, după caz, se efectuează ecografie generală (abdomen + pelvis) și/sau EKG care se transmit medicilor de specialitate din ambulatoriu, în vederea interpretării.

NOTĂ: Consultația prevăzută la litera F nu se raportează ca și consultație prevăzută la litera C sau litera D.

G. Servicii medicale paraclinice – efectuare și interpretare

- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenței și a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în anexa nr. 11.

H. Activități de suport

Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale - certificat constatator de deces (cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate.

NOTĂ: Activitățile de suport sunt, după caz, consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

I. Efectuare și interpretare EKG, pentru alte situații decât cele prevăzute la lit. F și numai pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate.

CAPITOLUL IV Dispoziții finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenței bolnavilor cu afecțiuni cronice se realizează conform listei de afecțiuni prevăzută la cap. III lit. D.

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ și din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistență medicală la domiciliu, medicamentele și materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepția celor asigurate de către alte instituții în condițiile legii.

3. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A și B și de servicii medicale curative pentru afecțiuni acute/subacute - maxim 2 consultații. Pentru serviciile medicale curative costurile investigațiilor paraclinice recomandate, al tratamentelor prescrise și al serviciilor de recuperare-reabilitare în ambulatoriu – consultații recomandate, sunt suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap.III.

5. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I, litera A și B sau de serviciile medicale prevăzute la cap. III, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

6. Persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ
în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele
de servicii medicale

ART. 1 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Suma convenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

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

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani și peste
Număr de puncte/persoană/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1*): Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani).

NOTA 2*): În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate (copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% față de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens, medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată;

NOTA 3*): Pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani și peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

3. Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.800.

4. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie, care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi și/sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. E din cap. III din anexa nr. 1 la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane înscrise, programul zilnic se majorează cu 1 oră, iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

5. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

5.1. numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați de pe listă, astfel:

$$\text{Nr. de puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$$

În situația în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}} \times 0,30$$

5.2 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat realizate} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

5.3 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat realizate} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

5.4 În situația în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013, , numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat realizate} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială (oraș, comună)/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, privind numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială (oraș, comună)/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială (oraș, comună) /zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni în condițiile art. 23 alin. (6).

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, venitul se stabilește conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care și-au desfășurat activitatea ca medici angajați într-un cabinet medical individual aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele situații:

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008. Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la cap. II lit. D – numai pentru serviciul de eliberare a certificatului constatator de deces, cap. III lit. B pct. 2 lit. c) și pct. 6, lit. D, lit. H și lit. I din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

a.1 consultație la domiciliu - 15 puncte;

a.2 consultație la cabinet - 5,5 puncte,

a.3 serviciu medical - dacă s-a eliberat certificat constatator de deces - 5,5 puncte;

a.4 serviciu medical de consultație și diagnostic ce poate fi furnizat la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății:

a.4.1 - efectuat la cabinet - 6 puncte

a.4.2 - efectuat la domiciliu - 15,5 puncte

În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului titular.

b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultație este de 15 minute;

- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5;

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 consultații/zi, cu condiția asigurării continuității acordării asistenței medicale pe întreg parcursul trimestrului.

- maxim 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 20 consultații pe lună.

c) Serviciile cuprinse la cap. I, II – cu excepția serviciului de eliberare a certificatului constatator de deces prevăzut la lit. D și cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) și b) și pct. 3 – 5, lit. C, E, F din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte.

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

a) medicamentele și, după caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizează prescripția medicală electronică sau formularul de prescripție medicală cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza

scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală electronică distinctă;

b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul, care se consemnează în fișa de consultație/în registrul de consultație, după caz, și în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola și raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

d) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul / codul unic de asigurare, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absență mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activității sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activității, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligații contractuale aflați în evidența acestora, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

În situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea și de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, reprezentând cel puțin 1/2 din programul de activitate al medicului înlocuit.

(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehzuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru cu cel puțin 1/2 din programul de activitate al medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absență, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între

medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual.

În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract și ștampila cabinetului medical.

(5) Suma convenită prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, aferentă perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului, urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligațiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire.

(2) Convenția de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor agreeat de medicul înlocuit, pentru perioade de absență mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenție cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

(3) Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se ștampila cabinetului și parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare referitoare la serviciile cuprinse în plata de serviciu se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate declarat pentru medicul angajat. Programul de activitate al medicului titular cât și cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună) - încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligațiile și drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

(2) În situația în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru încheierea unui contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, medicii respectivi pot încheia contract conform anexei nr. 3 la ordin și înainte de data de expirare a convenției.

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenție potrivit alin. (1) nu reușește să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta 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 persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună) - într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2013 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1;

b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 3,5 lei, valabilă anul 2013.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 1,8 lei, valabilă pentru anul 2013.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita și pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per capita și pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita și pe serviciu, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu.

(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și per serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata per serviciu.

ART. 10 (1) Suma convenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.-

(2) Suma convenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de înscriere prin transfer, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului "per capita" și la valoarea definitivă a punctului pe serviciu stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

ART. 14 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistența medicală primară, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014,

aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate la cabinetul medical, precum și în cazul participării la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografii generale (abdomen și pelvis), la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua și interpreta aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografiile generale numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

Numărul de investigații paraclinice contractat este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

Serviciile medicale paraclinice se execută în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală primară, astfel încât să nu fie afectat timpul alocat consultațiilor stabilit potrivit art. 1 alin. (3) lit. b).

ART. 17 (1) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul urban, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru în mediul urban rezultat prin preluarea unui praxis, nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 18 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare _____/_____	VIZAT*),
Unitatea sanitară	
CUI	
Sediu (localitate, str. nr.)	
.....	
Casa de Asigurări de Sănătate.....	
Nr. contract/convenție	
Medic de familie	
(semnătură și parafă)	

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____, C.N.P.
 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/ cod unic de asigurare
 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data nașterii _____,
 domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____, bl.
 _____, sc. _____, ap. _____, jud./sector _____, act de identitate
 _____, seria _____, nr. _____, eliberat de
 _____, la data _____, telefon _____, solicit
 înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie
 _____ din unitatea sanitară _____ str. _____
 nr. _____ jud./sector _____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / /

Semnătura:

Domnului/Doamnei Doctor

*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura și parafa acestuia.

Furnizor de servicii medicale

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)*1) legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2013 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*2)

Subsemnatul(a)*3) legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2013 este/sunt valabilă/valabile și conformă/conforme cu evidențele proprii existente la data de *4), pentru următorii medici de familie:

.....

NOTĂ:

*1) Pentru cabinetele medicale individuale

*2), *4) Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat

- societate civilă medicală

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie

Data

.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

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

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular

- cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat

- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin,

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, str. nr., telefon fix/mobil, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului

European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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 prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" și pe serviciu, 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, precum și numărul total național de puncte realizate atât "per capita", cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a persoanelor asigurate 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 care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, 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;

j) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013;

n) să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) 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;

p) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

q) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

r) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1) – (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

3. 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, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou - născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică.

4. 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;

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, precum și înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

7. 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. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013;

8. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii, sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;

10. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

11. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

12. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

13. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

15. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

17. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

18. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

19. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

20. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

21. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

23. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

24. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

28. să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului

European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

29. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

30. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

32. să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

33. să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul/codul unic de asigurare, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

35. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv a excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

40. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;

41 să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

42. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

43. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

44. să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

45. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

46. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 45, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială (oraș, comună)/zonă urbană
- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială (oraș, comună)/zonă urbană
- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiate pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind

condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 3,5 lei, valabilă pentru anul 2013.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:%*):

b) cu gradul profesional:

- medic primar %;

- medic care nu a promovat un examen de specialitate %.

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației Biosferei "Delta Dunării" se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata "per capita" se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați pe listă, astfel:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$$

În situația în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscrși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}} \times 0,30$$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscrși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. de puncte "per capita" de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

(4.000 - 2.200)

Nr. de puncte "per capita" = număr de puncte x ----- x 0,5
 de decontat realizate număr de persoane
 asigurate înscrise

d) în situația în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială / zonă urbană cu deficit din punctul de vedere al prezenței medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

2.200

Nr. de puncte "per capita" = număr de puncte realizate x -----,
 de decontat număr de persoane
 asigurate înscrise

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

(număr de asigurați
 înscrși - 2.200)

Nr. de puncte "per capita" = număr de puncte x ----- x 0,5
 de decontat realizate număr de persoane
 asigurate înscrise

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 1,8 lei, valabilă pentru anul 2013.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

- a) Medic de familie
 Numele, prenumele
 Cod numeric personal
 Gradul profesional
 Codul de parafă al medicului
 Programul de lucru
 Medic de familie angajat*)
 Numele, prenumele
 Cod numeric personal
 Gradul profesional
 Codul de parafă al medicului
 Programul de lucru

 *) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical
 Numele, prenumele
 Cod numeric personal
 2.
 b) Medic de familie
 Numele, prenumele
 Cod numeric personal
 Gradul profesional
 Codul de parafă al medicului
 Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

c)

ART. 9 (1) 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, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 pct. 9, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%.

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1- 6, 10 - 13, 15 - 17, 19 - 29, 31, 35, 37 și 39 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, cu 10%.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată, 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 - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 46, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 46 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(8) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (3) - (6), se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (6) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) - (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3) - (6) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 12 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 13 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 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia/acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, 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 3 luni într-un an;

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 9 alin. (3) și (4) pentru oricare situație, precum și o dată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 9 alin. (5).

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării și cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control.

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art.7 pct. 7, 30 și 41.

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) 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 motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 15 alin. (1) lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, se poate face printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) 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. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor, de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 8, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate, ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurrentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 și lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 19 Valoarea definitivă a unui punct per capita și a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 20 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....
Director executiv al
Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale
în asistența medicală primară nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca,
- cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a unității sanitare nr.,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar,
- lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent,
- declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013,
- lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen și pelvis - efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)
între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr. ,
(numele și prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical, cu
sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl.
...., sc., et., ap., județ/sector, telefon: fix,
mobil, adresa de e-mail fax,
cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.
....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate,
cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr.
..... deschis la Banca, cod de
identificare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric
personal al reprezentantului legal

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)
și

Medic înlocuitor,
(numele și prenumele)
Codul de parafă
Codul numeric personal
cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției:

1. Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contractul nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie
2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se actualizează, după caz.

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an
2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical █ (al medicului înlocuit) █

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care

își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și câte un exemplar revine părților semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,
.....

Medicul înlocuitor
.....

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență în limita a două luni/an.

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)
între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor

I. Părțile convenției de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în
municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul
....., telefon: fix, mobil adresa de e-mail
fax, reprezentată prin președinte - director general
.....
pentru

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)
din cabinetul medical, cu sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., bl., sc., et.,
ap., județul/sectorul, telefon/fax, cu contract de
furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.,
încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr.
deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca
....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare
....., al cărui reprezentant legal este:
.....,
(numele și prenumele)
având codul numeric personal nr.
și

Medic înlocuitor,
(numele și prenumele)
Codul de parafă
Codul numeric personal
Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contract nr.,
pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an
2. concediu de sarcină sau lehuzie
3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, care depășește două luni/an
5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate
6. perioada de rezidențiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate
7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit)

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligația față de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare și de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca / Trezoreria statului

2. Pentru punctajul "per capita" și punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

Medicul înlocuitor,
.....

Director executiv al Direcției economice
.....

De acord,
Reprezentant legal al
cabinetului medical**)
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.

**) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentată prin,

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr. ..., telefon: fix/mobil, adresă de email

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 (1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata convenției

ART. 3 Prezenta convenție este valabilă o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convențiilor, prin afișare pe pagina web și la sediul propriu, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze medicilor de familie nou-veniți în sistemul de asigurări sociale de sănătate, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web proprii precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

d) să acorde furnizorului 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 prevederilor legale în vigoare;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

g) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care

nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

j) 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;

k) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere;

l) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;

m) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1) – (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

2. 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, imediat după nașterea copilului dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou - născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

3. 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;

4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali precum și înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

6. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenției, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din

ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii, sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul.

8. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

9. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

10. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

11. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

12. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

14. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

15. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, program asumat prin prezenta convenție și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenției; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în-convenție se modifică în consecință;

16. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției;

17. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

18. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

20. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

21. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

23. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

24. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

25. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European/Elveția și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

26. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială privind coordonarea sistemelor de securitate socială precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

28. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

30. să întocmească bilet de trimitere, către societăți de turism balnear și de recuperare, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care se face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

31. să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații, medicul de familie poate elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în convenție pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul/codul unic de asigurare, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

32. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

33. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, la sfârșitul primei luni - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici;

34. în cazul încetării/rezilierii convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

35. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

37. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate;

38. să își constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale și să comunice lunar casei de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora le-a acordat servicii medicale;

39. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;

40. să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile

acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

41. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

42. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

43. să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

44. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

45. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 44, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 6 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:

Medicii de familie nou-veniți într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5;

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie nou-venit în componența cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:

a) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

b) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

c)

.....

ART. 7 (1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezenta convenție precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 5 pct. 7 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 31 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care, în derularea convenției, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 1 - 5, 8 - 14, 16 - 26, 29, 30, 33, 35, 37 și 38 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 31 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenției nu au fost efectuate, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 31 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligației de la art. 5 pct. 45 se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligațiilor de la art. 5 pct.45 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (4), se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care

suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

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

VII. Calitatea serviciilor

ART. 8 Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 9 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 10 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării convenției și care împiedică executarea acesteia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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 certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

ART. 11 Convenția de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenției de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia/acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 7 alin. (1) și (2) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3);

f) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenția cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenția se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

g) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate și cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenției încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control;

h) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentei convenții, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru.

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 28 și 40.

ART. 12 (1) Convenția de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei cu care de află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției 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 convenției, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenției în condițiile art. 13 alin.

(1) lit. d) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenția încheiată, 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 convenției.

(3) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenție a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract/convenție a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării convenției.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea /modificarea contractului.

(5) 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 convenție, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 13 (1) Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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 convenției;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în convenție, care se află în situația descrisă anterior;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și nerespectarea obligației de la art. 5 pct. 6, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a convenției; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform convențiilor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 14 Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

ART. 15 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea convenției

ART. 16 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 17 Dacă o clauză a acestei convenții ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezenta convenție de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca
- cod numeric personal -copie BI/CI, după caz- al reprezentantului legal
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii convenției,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în convenție funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii convenției;
- dovada de evaluare a unității sanitare nr.,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar

Documentele necesare încheierii convenției, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale -abdomen și pelvis-efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE

acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

A. Pachetul minimal de servicii medicale

a) Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

b) Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 3: Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

NOTA 4: Consultația prevăzută la lit. a), include toate serviciile medicale necesare, în limita competenței medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situației care pune în pericol viața pacientului și/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depășesc posibilitățile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate.

B. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

a) serviciile cuprinse la lit. A «Pachetul minimal de servicii medicale»;

b) servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament). Pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;

- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2.

Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

NOTA 1: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 2: În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

NOTA 3: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6.

NOTA 4: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

C. Pachetul de servicii medicale de bază

C1. Consultația medicală de specialitate

C.1.1. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A la ordin, serviciile de medicină dentară și planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

C.1.2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului,, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală 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;

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală 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.

C.1.3. Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

C. 1.4. Pentru interpretarea ecografiei abdomen + pelvis și EKG - ului standard ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății, în vederea decontării, nu este necesar bilet de trimitere.

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator

disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

NOTA I: pentru cazurile acute/subacute

1. Pentru același episod de boală acută/subacută, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;

- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6.

În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultația pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;

- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

Pentru situațiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

NOTA II: pentru asigurații cu afecțiuni cronice

1. Pentru evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai

multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.

2. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri

3. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Pentru situațiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

NOTA III: Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului.

NOTA IV: Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	32,40 puncte	-
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	-
e. Consultația de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	-
f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	21,6 puncte	-
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	-

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se majorează cu 2 puncte.

Consultațiile de la lit. a – d și f - g din tabelul de mai sus și punctajele aferente sunt corespunzătoare și consultațiilor ce sunt furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății, pentru care nu este necesar bilet de trimitere. În cadrul acestor consultații este cuprinsă și interpretarea investigațiilor medicale paraclinice transmise de medicii de familie prin sistemul de telemedicină.

C2. Specialitățile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, serviciile diagnostice și terapeutice (numai pentru pachetul de servicii medicale de bază) pentru care plata serviciilor medicale se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte:

I. Specialități clinice:

Nr. crt.	
1.	Alergologie și imunologie clinică
2.	Boli infecțioase
3.	Cardiologie
4.	Chirurgie cardiovasculară
5.	Chirurgie generală
6.	Chirurgie pediatrică
7.	Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
8.	Chirurgie toracică
9.	Dermatovenerologie
10.	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11.	Endocrinologie
12.	Gastroenterologie
13.	Genetică medicală
14.	Geriatrică și gerontologie
15.	Hematologie
16.	Medicină internă
17.	Nefrologie
18.	Neonatologie
19.	Neurochirurgie
20.	Neurologie
21.	Neurologie pediatrică
22.	Oncologie medicală
23.	Obstetrică-ginecologie
24.	Oftalmologie
25.	Otorinolaringologie
26.	Ortopedie și traumatologie
27.	Ortopedie pediatrică
28.	Pediatrie

29.	Pneumologie
30.	Psihiatrie
31.	Psihiatrie pediatrică
32.	Reabilitare medicală***) ***)Sunt aplicabile prevederile de la Capitolul IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală
33.	Reumatologie
34.	Urologie
35.	Chirurgie vasculară
36.	Radioterapia*) *) Numai ca și consultație de control, maxim 1 la 3 luni pentru pacienții care au beneficiat de radioterapie
37.	Chirurgie orală și maxilo-facială**) **) Nu se raportează în vederea decontării consultațiile și serviciile medicale pentru chirurgia dento-alveolară

II. Serviciile diagnostice simple și complexe și serviciile terapeutice/tratamente chirurgicale și medicale:

	1. Servicii diagnostice simple: - punctajul aferent acestor servicii este de 11 puncte/procedură
1.1.	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
1.2.	Biometrie
1.3.	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
1.4.	Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau
1.5.	Examen electromiografic
1.6.	Examen electroneurografic
1.7.	EEG standard
1.8.	EKG de efort
1.9.	Spirometrie
1.10.	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
1.11.	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ);
1.12.	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică;
1.13.	Teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)
1.14.	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
1.15.	Audiograma tonală liminară
1.16.	Audiograma vocală
1.17.	EKG standard
	2. Servicii diagnostice complexe: - punctajul aferent acestor servicii este de 17 puncte/procedură
2.1.	Colonoscopie
2.2.	Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie
2.3.	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
2.4.	Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen pentru diplopie
2.5.	Foniatrie ORL

2.6.	Puncție-biopsie osoasă cu amprentă
2.7.	Puncție sinusală
2.8.	Puncție aspirat de măduvă osoasă
2.9.	Tonometrie; pahimetrie corneeană
2.10.	Uretroscopie ambulatorie
2.11.	Determinarea potențialelor evocate vizuale
2.12.	Determinarea potențialelor evocate de trunchi cerebral (auditive)
2.13.	Determinarea potențialelor evocate somatoestezice
2.14.	Bronhoscopia
2.15.	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping
2.16.	Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate)
2.17.	Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate
2.18.	Endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden)
2.19.	Video - electroencefalografie
2.20.	EKG continuu (24 ore, Holter)
2.21.	Holter TA
	3. Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale: - punctajul aferent acestor servicii este de 23 puncte/procedură
3.1.	Infiltrații peridurale
3.2.	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
3.3.	Ablația unui polip sau fibrom cervical
3.4.	Bandare varice esofagiene
3.5.	Conizația cu ansă diatermică sau cu bisturiul
3.6.	Criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală - transschelară
3.7.	Cură chirurgicală a othematomului
3.8.	Dilatația stricturii uretrale
3.9.	Extracție de corpi străini
3.10.	Extracție endoscopică corpi străini
3.11.	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
3.12.	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
3.13.	Manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col
3.14.	Polipectomie endoscopică gastrică
3.15.	Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană
3.16.	Polipectomie endoscopică colonică
3.17.	Secțiunea optică a stricturii uretrale
3.18.	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
3.19.	Terapia chirurgicală a abcesului de părți moi
3.20.	Terapia chirurgicală a abcesului perianal
3.21.	Terapia chirurgicală a abcesului pilonidal
3.22.	Terapia chirurgicală a adenoflegmonului
3.23.	Terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale

3.24.	Terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
3.25.	Terapia chirurgicală a degerăturilor (gr. I și gr. II)
3.26.	Terapia chirurgicală a edemului dur posttraumatic
3.27.	Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
3.28.	Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
3.29.	Terapia chirurgicală a flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
3.30.	Terapia chirurgicală a flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
3.31.	Terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei
3.32.	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical
3.33.	Terapia chirurgicală a hematomului
3.34.	Terapia chirurgicală a hidrosadenitei
3.35.	Terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%
3.36.	Terapia chirurgicală a panarițiului eritematos
3.37.	Terapia chirurgicală a panarițiului flictenular
3.38.	Terapia chirurgicală a panarițiului periunghial și subunghial
3.39.	Terapia chirurgicală a panarițiului antracoid
3.40.	Terapia chirurgicală a panarițiului pulpar
3.41.	Terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinoyal
3.42.	Terapia chirurgicală a piciorului diabetic (polinevrită, supurații, microangiopatie)
3.43.	Terapia chirurgicală a polipului rectal procident (extirpare)
3.44.	Terapia chirurgicală a seromului posttraumatic
3.45.	Terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii
3.46.	Terapia chirurgicală a supurațiilor mamare profunde
3.47.	Terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
3.48.	Terapia chirurgicală a tumorii scalpului, simplă
3.49.	Terapia chirurgicală a tumorilor simple ale buzei
3.50.	Tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)
3.51.	Tratamentul chirurgical al pingueculei
3.52.	Tratamentul chirurgical al pterigionului
3.53.	Tratamentul hemartrozei, hidartrozei; rețușuri de bont.
3.54.	Tratamentul plăgilor, necroze cutanate, escare, dehiscente plăgi
3.55.	Terapie chirurgicală (inclusiv anestezia) pentru leziuni traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine
3.56.	Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).
3.57.	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
3.58.	Tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE
3.59.	Tratament chirurgical al traumatismelor ORL

	4. Servicii terapeutice/tratamente medicale - punctajul aferent acestor servicii este de 13 puncte/procedură
4.1.	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local
4.2.	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală
4.3.	Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
4.4.	Tratament cu laser al polului posterior
4.5.	Tratamentul cu laser al polului anterior
4.6.	Aerosoli/caz
4.7.	Crioterapia/ședință
4.8.	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate
4.9.	Psihoterapie individuală (psihoză, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist);
4.10.	Psihoterapie de grup (psihoză, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții);
4.11	Consiliere psihiatrică nespecifică pentru pacient
4.12	Blocaje nervi periferici
4.13.	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
4.14	Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenție completă de urină
4.15	Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule)
4.16	Tamponament posterior și/sau anterior ORL
	Tratamente ortopedice medicale
4.17	Tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrațului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.
4.18	Tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patelui, umărului; disjuncție acromioclaviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară.
4.19	Tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.
4.20	Tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață
4.21	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață
4.22	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.
4.23	Puncții și infiltrații intraartriculare

NOTA 1: Serviciile de la pct. 3 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor cu specialități chirurgicale care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialității/competențelor confirmate de Ministerul Sănătății.

Serviciile de la poz. 3.2, 3.19, 3.31, 3.36 - 3.39, 3.47, 3.48 și 3.56 pot fi raportate și de medicii cu specialitatea dermatovenerologie.

NOTA 2: Serviciile de la pct. 1, 2 și 4 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor de specialitate care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialității/competențelor confirmate, conform curriculei de pregătire.

C3. Competențele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor

Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 sunt:

- a) planificare familială,
- b) fitoterapie,
- c) homeopatie,

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultațiilor este corespunzător punctajului prevăzut la punctul C1.

NOTĂ: Pentru serviciile de planificare familială se raportează 2 consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

Pentru fitoterapie și homeopatie, casele de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru fiecare caz/diagnostic pe an calendaristic.

C4. În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Asigurații au dreptul la o consultație cu un tarif de 13 lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asigurații au dreptul la maximum 2 consultații/cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

C5. Servicii conexe actului medical pentru servicii conexe furnizate de psihologi, logopezi și kinetoterapeuți - - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică,
- ortopedie și traumatologie
- ortopedie pediatrică
- reumatologie
- precum și alte specialități clinice pentru boli cronice prevăzute în anexa 39 A lit. A și C pentru atingerea obiectivelor stabilite în planul terapeutic individualizat și consemnate în documentele medicale, astfel:

pentru punctul 1 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate oncologie medicală și hematologie.

pentru punctul 2 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.

pentru punctele 3 și 4 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate din ambulatoriul spitalelor clinice care monitorizează starea posttransplant și bolile rare.

pentru punctul 5 lit. A și litera C din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate de nefrologie.

Lista serviciilor conexe și punctele aferente acestora sunt:

- | | |
|---|-----------|
| a) Neurologie și Neurologie pediatrică | |
| a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:
Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică) | 19 puncte |
| Psihodiagnostic | 19 puncte |
| a2) serviciile conexe furnizate de logoped:
- consiliere (intervenție) logopedie | 11 puncte |
| a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut | |
| - Kinetoterapie individuală | 18 puncte |
| - Kinetoterapie pe grup | 9 puncte |
| - Kinetoterapie pe aparate speciale | 9 puncte |
| b) Otorinolaringologie: | |
| b1) serviciile conexe furnizate de psiholog: | |

investigarea psihoacustică a vocii	6 puncte
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	9 puncte
b2) serviciile conexe furnizate de logoped: consiliere (intervenție)	11 puncte
exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	9 puncte
c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:	
c1.1.) serviciile conexe furnizate de psiholog: consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică psihodiagnostic	4 puncte
c1.2.) serviciile conexe furnizate de psiholog: terapia cognitiv-comportamentală la copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică	38 puncte
c1.3.) psihodiagnostic	19 puncte
c2) serviciile conexe furnizate de logoped consiliere (intervenție)	11 puncte
d) serviciile conexe furnizate de psiholog, pentru bolile cronice din anexa 39A litera A și C: consiliere psihologică (adulți/copii)	19 puncte
e) Reumatologie	
Servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:	
- Kinetoterapie individuală	18 puncte
- Kinetoterapie pe grup	9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale	9 puncte
f) Ortopedie și traumatologie / ortopedie pediatrică	
Servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:	
- Kinetoterapie individuală	18 puncte
- Kinetoterapie pe grup	9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale	9 puncte

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în tabelul de la capitolul II ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

NOTA 2: În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda și raporta servicii medicale - consultații aferente specialităților respective în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități.

NOTA 3: Medicii de specialitate din specialitățile cardiologie și medicină internă pot efectua serviciul monitorizare și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua această investigație în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate cardiologie și/sau medicină internă și dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară. Pentru efectuarea acestui serviciu furnizorii de servicii medicale din specialitățile cardiologie și medicină internă încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

D. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, de serviciile prevăzute la cap. I lit. A și de servicii medicale curative pentru afecțiuni acute/subacute - maxim 2 consultații.

Pentru serviciile medicale curative medicii de specialitate pot elibera, după caz, prescripții medicale, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilet de trimitere pentru consultație medicală la medicul de specialitate clinică reabilitare medicală din ambulatoriu, costurile acestora fiind suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

E. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de

securitate socială, beneficiază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, de serviciile prevăzute la cap. I lit. C

F. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A sau de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. C, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
	- Hematologie		
1	2.8070	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
2	2.8030	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
3.	2.8100	VSH*1)	2,45
4.	2.8621	Timp Quick, activitate de protrombină *1)	6,73
5.	2.8603	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
6.	2.3210	Fibrinogenemie *1)	12,75
7.	2.8622	APTT	11,46
8.	2.8211	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1)	7,03
9.	2.8212	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,34
10.	2.8230	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă*1)	7,03
	- Biochimie - serică și urinară		
11.	2.1120	Uree serică*1)	5,46
12.	2.1130	Acid uric seric*1)	5,46
13	2.1140	Creatinină serică*1), **)	5,52
14.	2.1510	Calciu ionic seric*1)	7,34
15.	2.1511	Calciu seric total*1)	5,00
16.	2.1570	Magneziemie*1)	5,00
17.	2.8390	Sideremie*1)	6,62
18.	2.1310	Glicemie*1)	5,35
19.	2.1420	Colesterol seric total*1)	5,35
20.	2.1404	Trigliceride serice*1)	6,56
21.	2.1441	HDL colesterol*1)	7,63
22.	2.1443	LDL colesterol *1)	7,17
23.	2.1020	Proteine totale serice*1)	6,56
24.	2.4600	TGO*1)	5,43
25.	2.4610	TGP*1)	5,46
26.	2.4720	Fosfatază alcalină*1)	7,26
27.	2.4680	Gama GT	7,45
28.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,46
29.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,46
30.	2.4961	Electroforeza proteinelor serice *1)	14,16
31.	2.6023	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
32.	2.3450	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70

33.	2.2200	Dozare glucoză urinară*1)	5,00
34.	2.2030	Dozare proteine urinare*1)	5,00
	- Imunologie		
35.	2.6250	ASLO*1)	10,70
36.	2.6021	VDRL*1)	5,12
37.	2.6022	RPR*1)	5,12
38.	2.6692	Factor reumatoid	8,70
39.	2.6691	Proteina C reactivă*1)	9,94
40.	2.6731	IgA, seric	13,76
41.	2.6732	IgE seric	13,32
42.	2.6733	IgM seric	14,07
43.	2.6734	IgG seric	13,76
44.	2430011	Complement seric C3	10,10
45.	2430012	Complement seric C4	10,10
46.	2.6206	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
47.	2.5560	Testare HIV la gravidă*1)	31,02
48.	2.4060	TSH *1)	19,10
49.	2.4040	FT4*1)	19,41
50.	2.6392	Ag HBs (screening)*2)	29,03
51.	2.6201	Anti-HAV IgM*2)	38,19
52.	2.6204	Anti HCV*2)	60,48
53.	2.4321	FSH	22,20
54.	2.4322	LH	22,20
55.	2.4300	Cortizol	25,97
56.	2.4332	Progesteron	23,59
57.	2.4331	Prolactină	23,59
58.	2.43135	PSA -	21,50
59.	2.43136	free PSA	22,00
	- Exudat faringian		
60.	2.5061	Cultură*1)	9,75
61.	2.5301	Antibiogramă*5)	11,4
	- Analize de urină		
62.	2.5063	Urocultură*1)	9,75
63.	2.5303	Antibiograma *5)	11,4
	- Examene materii fecale		
64.	2.7120	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
65.	2.5064	Coprocultură*1)	9,75
66.	2.5304	Antibiogramă *5)	11,4
	- Examene din secreții vaginale		
67.	2.5002	Examen microscopic	4,50
68.	2.9160	Examen Babeș-Papanicolau*1)	36,67
69.	2.5065	Cultură	9,75
70.	2.5305	Antibiogramă *5)	11,4
	- Examene din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi		
71.	2.5032	Examen microscopic/probă	4,50
72.	2.5066	Cultură	9,75
73.	2.5306	Antibiograma*5)	11,4
	- Examen lichid puncție		
74.	2.5033	Examen microscopic/frotiu	4,50
75.	2.5067	Cultură	9,75
76.	2.5307	Antibiograma*5)	11,4
	- Examinări histopatologice		

77.	2.9000	Piesă prelucrată la parafină	28,57
78.	2.9021	Bloc inclus la parafină cu histopatologic	37,58
79.	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
80.	2.9010	Examen histopatologic cu colorații speciale	115,80
81.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
82.	2.9023	Citodiagnostic secreție vaginală	30,50
83.	2.9024	Examen citohormonal	28,27
84.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	30,50
85.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
		- Examinări radiologie, imagistică medicală și explorări funcționale	
86.		Ex. radiologic cranian standard 1 incidență*1)	11,96
87.		Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței *1)	32,44
88.		Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	30,82
89.		Radiografie de membre *1)	29,52
90.		Ex. radiologic centură scapulară*1)	15,90
91.		Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)	29,18
92.		Ex. radiologic părți coloană dorsală*1)	39,02
93.		Ex. radiologic părți coloană lombară*1)	39,02
94.		Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1)	32,63
95.		Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidență*1)	28,69
96.		Ex. radiologic torace ansamblu*1)	25,08
97.		Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe toracice*1)	24,76
98.		Tomografia plană	52,15
99.		Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	15,41
100.		Ex. radiologic esofag ca serviciu independent	20,67
101.		Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	46,91
102.		Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast *1)	71,50
103.		Ex. radiologic colon dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală	82,82
104.		Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvașinare	44,76
105.		Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	188,99
106.		Cistografie de reflux cu substanță de contrast	237,95
107.		Pielografie	229,57
108.		Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	188,09
109.		Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	191,05
110.		Ex. radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	259,73
111.		Radiografie retroalveolară	14,06
112.		Radiografie panoramică	25,08
113.		Osteodensitometrie segmentară/segment	24,00
114.		Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
115.		CT craniu fără substanță de contrast	87,72
116.		CT regiune gât fără substanță de contrast	87,24
117.		CT regiune toracică fără substanță de contrast	112,49
118.		CT abdomen fără substanță de contrast	113,33
119.		CT pelvis fără substanță de contrast	88,38
120.		CT coloană vertebrală fără substanță de contrast/segment	47,06
121.		CT membre/membru fără substanță de contrast	41,01
122.		CT craniu nativ și cu substanță de contrast	258,61

123.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	258,29
124.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	280,42
125.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos	265,37
126.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos	265,65
127.	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos/segment	263,21
128.	CT membre nativ și cu substanță de contrast adm. intravenos/membru	264,51
129.	CT ureche internă	200,00
130.	Uro CT	250,00
131.	Angiografie CT membre	250,00
132.	Angiografie CT craniu	250,00
133.	Angiografie CT regiune cervicală	250,00
134.	Angiografie CT abdomen	250,00
135.	Angiografie CT pelvis	250,00
136.	Angiocoronarografie CT	500,00
137.	Colonoscopie virtuală CT	250,00
138.	Bronhoscopie virtuală CT	200,00
139.	RMN cranio-cerebral nativ	300,93
140.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
141.	RMN abdominal nativ	300,93
142.	RMN pelvin nativ	300,93
143.	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
144.	RMN umăr nativ	300,93
145.	RMN șani nativ	300,93
146.	RMN umăr nativ și cu subst. de contrast	471,46
147.	RMN șani nativ și cu subst. de contrast	471,46
148.	RMN cranio-cerebral nativ și cu subst. de contrast	471,46
149.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ și cu substanță de contrast	471,46
150.	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	471,46
151.	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	471,46
152.	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
153.	RMN cord cu substanță de contrast	471,46
154.	Uro RMN cu substanță de contrast	625,00
155.	Angiografia RMN trunchiuri supraortice	201,95
156.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	201,95
157.	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
158.	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	262,05
159.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	25,00
160.	Ecografie abdomen*1)	17,38
161.	Ecografie pelvis*1)	16,76
162.	Ecografie transvaginală	16,76
163.	Ecografie de vase (vene)	16,39
164.	Ecografie de vase (artere)	19,69
165.	Ecografie endocrină *1)	16,39
166.	Ecografie obstetricală	22,57
167.	Ecografie transfontanelară	22,57
168.	Ecografie de organ/articulație/părți moi	16,39
169.	Ecografie obstetricală anomaliu trimestrul II	250,00
170.	Ecografie obstetricală anomaliu trimestrul I cu TN	60,13
171.	Senologie imagistică - ecografie	16,39
172.	Ecocardiografie	27,38

173.	Ecocardiografie + Doppler	34,44
174.	Ecocardiografie + Doppler color	36,25
175.	Ecocardiografie transesofagiană	60,13
176.	EKG*1)	7,12
177.	Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
178.	Holter TA	23,20
179.	Mamografie în 2 planuri*1)/pentru un sân	27,56
180.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	188,85
181.	Spirometrie*1)	14,30
182.	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	15,00
183.	Peak-flowmetrie	2,63
184.	Determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț*1)	5,42
185.	EEG standard	15,00
186.	Electromiografie	17,39
187.	Ergometrie	24,12
188.	Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice	180,00
189.	PET – CT*6)	4.000,00

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicului oncolog.

***) În condițiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.

NOTA 1:

*1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*6) Se recomandă, numai pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie, care întocmesc în acest sens un referat de justificare avizat de coordonatorul de program de la nivelul județului respectiv sau din centrul universitar, după caz;

NOTA 2:

Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3:

Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe biletul de trimitere.

Investigațiile cu substanță de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate și în cazul în care utilizarea substanței de contrast a fost specificată în biletul de trimitere și avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigație fără substanță de contrast, urmată din necesitate de o investigație cu substanță de contrast, se decontează numai tariful investigației cu substanță de contrast.

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiționale la contractele de

furnizare de servicii medicale spitalicești pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 163 - 164 și 172 - 174 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare corespunzătoare specialității; serviciul prevăzut la poziția 175 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;

b) Serviciile prevăzute la poziția 165 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

c) Serviciile prevăzute la poziția 166 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală și obstetrică ginecologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

d) Serviciile prevăzute la poziția 167 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

e) Serviciile prevăzute la poziția 161 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, precum și de medici cu specialitatea urologie;

f) Serviciile prevăzute la poziția 171 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

g) Serviciile prevăzute la poziția 168 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

h) serviciile prevăzute la pozițiile 169 și 170 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

i) Serviciile prevăzute la poziția 162 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice;

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 87, 88, 89, 91, 92, 93, 111, 120, 121, 127, 128, 140, 143, 149, 152, 179, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 87, 88, 89, 91, 92, 93 și 111 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pentru serviciul prevăzut la poziția 113, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an.

3. În cazul investigațiilor CT și RMN prevăzute în tabelul de la cap. II, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la cap. II se vor majora cu tarifele corespunzător acestui tip de anestezie prevăzut în Anexa 16. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 120, 121, 127, 128, 140, 143, 152, 149 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6:

1. Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraților în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;

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

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice. În acest caz biletul de trimitere cuprinde și datele din fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin; biletele de trimitere se întocmesc în 3 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la pct. 3 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fișa de solicitare este însoțită de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI și care va avea același circuit ca și fișa de solicitare.

2. Serviciul medical de înaltă performanță PET-CT se decontează numai dacă acesta a fost efectuat pe bază de bilet de trimitere, însoțit de decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate care funcționează conform prevederilor ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Decizia de aprobare se eliberează dacă sunt îndeplinite criteriile de eligibilitate prevăzute în Anexa 8 G din prezentele norme și în limita unui număr de maxim 5000 de investigații la nivel național pentru întreg anul 2013.

NOTA 7:

Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 159 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

NOTA 8:

Pentru pozițiile 71, 72 și 73 codurile aferente se completează cu cifrele:

1 - pentru examene din secreții uretrale

2 - pentru examene din secreții otice

3 - pentru examene din secreții nazale

4 - pentru examene din secreții conjunctivale

5 - pentru examene din secreții - puroi

6 - asociere de 2 localizări sau multiple dar nu mai mult de 3/pacient/trimitere

NOTA 9:

Serviciul medical de la poziția 68 este examen citologic.

NOTA 10:

Serviciile medicale de la pozițiile 176, 177, 178, 181 - 186 și 187 sunt explorări funcționale.

NOTA 11:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la cap. II, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la Cap. IV punctul 3 din Anexa nr. 1 la ordin, respectiv la cap. I lit. B pct. b) din prezenta anexă.

NOTA 12:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la cap. II

NOTA 13:

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la cap. II, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară

COD	ACTE TERAPEUTICE	TARIFE - LEI -	SUMA DECONTATĂ DE CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale (NOTA 7)
1.	Consultație				
1.1*)	Consultație (inclusiv modelul de studiu)	36	100%		100%
	*) Se efectuează o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Tratamentul cariei simple				
2.1	Tratamentul cariei simple cu materiale fizionomice	72	100%		100%
2.2	Tratamentul cariei simple cu materiale nefizionomice	60	100%		100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Tratamentul afecțiunilor pulpare la dinții monoradiculari	60	100%		100%
3.2	Tratamentul afecțiunilor pulpare la dinții pluriradiculari	90	100%		100%
3.3	Tratamentul gangrenei pulpare la dinții monoradiculari	72	100%		100%
3.4	Tratamentul gangrenei pulpare la dinții pluriradiculari	96	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitelor apicale la dinții monoradiculari	72	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul paradontitelor apicale la dinții pluriradiculari	96	100%	100%	100%
5	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal	72	100%	100%	100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezia prin infiltrație	24	100%		100%
6.2	Extracția la dinții temporari	15	100%		100%
6.3	Extracția la dinții permanenți monoradiculari	48	100%	60%	100%
6.4	Extracția la dinții permanenți pluriradiculari	60	100%	60%	100%

6.5	Extractia prin alveolotomie/ alveoloplastie	132	100%	60%	100%
6.6*)	Chiuretaj alveolar	30	100%		100%
6.7	Tratamentul hemoragiei și alveolitei	36	100%	100%	100%
6.8	Decapuşonarea	36	100%	100%	100%
6.9	Tratament de urgență a plăgilor OMF	90	100%	100%	100%
6.10	Imobilizarea luxației dentare	30	100%	100%	100%
6.11	Imobilizarea în cazul fracturilor	60	100%	100%	100%
6.12	Reducerea luxației ATM	48	100%	100%	100%
6.13	Control post-operator	18	100%	100%	100%
	*) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1*)	Proteza acrilică	600		60%	100%
7.2	Reparație proteză	60		100%	100%
7.3	Element acrilic	60	100%	60%	100%
7.4	Element metalo-acrilic	90	100%	60%	100%
7.5	Reconstituire coroană radiculară	60	100%	60%	100%
	*) Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Deconținerea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibulo-orală și scut lingual	360	100%		
8.2*)	Deconținerea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	420	100%		
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	15	100%		
8.4*)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	600	100%		
8.5	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	15	100%		
8.6*)	Reparație aparat ortodontic	300	100%	100%	
8.7	Menținătoare de spațiu mobile	360	100%		
8.8*)	Activare aparat ortodontic/ședință	30	100%		
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența medicilor de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.				
9.	Activități profilactice				
9.1*)	Fluorizare/arcadă	60	100%		100%
9.2**)	Sigilare/dinte	60	100%		100%

9.3	Detartraj/periaj	30	100%		100%
9.4	Control oncologic	36	100%	100%	100%
9.5	Pansament calmant/drenaj endodontic	30	100%	100%	100%
	*) o procedură decontată la 6 luni **) o procedură decontată la 2 ani Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicină dentară se acordă trimestrial, iar pentru tinerii în vârstă de 18 - 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, se acordă de două ori pe an.				

NOTA 1: Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menționate în notă.

NOTA 2: Codurile pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt următoarele:

4.1, 4.2, 5.1, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 7.2, 8.6, 9.5

NOTA 3: Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 2.1, 2.2, 9.1, 9.2, 9.3, 9.5.

NOTA 4: Formula dentară:

Dinți permanenți

11 incisiv medial dreapta sus

12 incisiv lateral dreapta sus

13 canin dreapta sus

14 primul premolar dreapta sus

15 al doilea premolar dreapta sus

16 primul molar dreapta sus

17 al doilea molar dreapta sus

18 al treilea molar dreapta sus

21 incisiv medial stânga sus

22 incisiv lateral stânga sus

23 canin stânga sus

24 primul premolar stânga sus

25 al doilea premolar stânga sus

26 primul molar stânga sus

27 al doilea molar stânga sus

28 al treilea molar stânga sus

31 incisiv medial stânga jos

32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos

34 primul premolar stânga jos

35 al doilea premolar stânga jos

36 primul molar stânga jos

37 al doilea molar stânga jos

38 al treilea molar stânga jos

41 incisiv medial dreapta jos

42 incisiv lateral dreapta jos

43 canin dreapta jos

44 primul premolar dreapta jos

45 al doilea premolar dreapta jos

46 primul molar dreapta jos

47 al doilea molar dreapta jos

48 al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

- 51 - incisiv medial dreapta sus
- 52 - incisiv lateral dreapta sus
- 53 - canin dreapta sus
- 54 - molar dreapta sus
- 55 - molar dreapta sus
- 61 - incisiv medial stânga sus
- 62 - incisiv lateral stânga sus
- 63 - canin stânga sus
- 64 - molar stânga sus
- 65 - molar stânga sus
- 71 - incisiv medial stânga jos
- 72 - incisiv lateral stânga jos
- 73 - canin stânga jos
- 74 - molar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv medial dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - molar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

NOTA 5: În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

Data fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

NOTA 6: Medicii de medicină dentară pot efectua radiografia dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse la cap. II ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

NOTA 7: Serviciile prevăzute la codurile 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 7.1, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 9.1, 9.2 și 9.3 se acordă astfel:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

- Pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

- Pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Administrației și Internelor, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară.

Se acordă servicii medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1. Medicația pentru cazurile de urgență la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

Persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) și tratamentul prescris de medicii de medicină dentară.

3. Pachetul de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, conform legii:

a) se acordă serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1. Medicația pentru cazurile de urgență la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

Persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) și tratamentul prescris de medicii de medicină dentară;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani din categoriile de persoane prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1 "Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară".

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1.

5. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la Cap. III pct. 1.

6. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1 sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la Cap. III pct. 1, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

1.1. Consultația medicală de specialitate, se acordă în cabinetele medicale și cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea și recomandarea explorărilor necesare și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- bilanțul articular anatomic și funcțional, bilanțul muscular, bilanțul global gestual și întocmirea planului de recuperare;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice și de recuperare, prescrierea tratamentului medical igienico-dietetic și fizical, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

1.2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații; fiecare cură de tratament recomandată trebuie să fie precedată de o consultație, într-un interval de la consultație, la momentul începerii curei, ce nu poate depăși 30 de zile calendaristice. Casele de

asigurări de sănătate pot deconta o a doua consultație în timpul curei sau la finalul fiecărei cure la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă cură de tratament, casa de asigurări de sănătate decontează 2 consultații.

1.3. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în H.G. nr. 720/2008, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea recuperare medicină fizică și balneofizioterapie din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic specialist pentru aceeași perioadă.

Tariful pe consultație în specialitatea clinică reabilitare medicală este de 20 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

2. Servicii medicale-cură de tratament acordate în cabinetele/bazele de tratament

Recomandarea pentru serviciile de recuperare – reabilitare a sănătății se poate face de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor iar serviciile se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate reabilitare medicală. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi. Pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 – 16 ani, casele de asigurări de sănătate decontează 4 cure pe an calendaristic.

Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în bazele de tratament de care beneficiază un asigurat pentru o cură de tratament este de 140 lei.

Serviciile medicale prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building) etc.

PROCEDURI INCLUSE, DUPĂ CAZ, ÎN CURA DE TRATAMENT

1.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenți diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenți interferențiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenți de înaltă frecvență pulsatilă
11.	Ultrasunet
12.	Combinatie de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13.	Magnetoterapie
14.	Laser-terapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenți cu impulsuri rectangulare

18.	Curenți cu impulsuri exponențiale
19.	Contractia izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcțională
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duș subacval
24.	Aplicații cu parafină
25.	Băi sau pensulații cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limf masaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizație cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie parțială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracțiuni vertebrale și articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulații periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon și bule
42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parțială cu nămol
47.	Aplicație de unde de șoc extracorporeale
48.	Aplicația de oscilații profunde
49.	Speleoterapia/salinoterapia

NOTĂ: Serviciile medicale de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Serviciile medicale se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de reabilitare medicală.

Pentru cura balneară de recuperare și cura balneară terapeutică în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice se decontează în medie 4 proceduri/zi (din care 2 proceduri cu factori naturali terapeutici).

NOTA I:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de serviciile medicale prevăzute la cap. IV pct. 1, servicii devenite necesare pe timpul șederii temporare în România și acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

Costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

NOTA II:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de serviciile medicale prevăzute la cap. IV.

NOTA III:

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de serviciile medicale prevăzute la cap. IV, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și specialitatea clinică reabilitare se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează activități conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceștia și cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, fitoterapie, homeopatie, planificare familială nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie, homeopatie și planificare familială unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute).

c) pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi.

d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații;

În situația în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultații și servicii medicale contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 40 de puncte în medie pe zi, convenite celui care le prestează, reprezentând consultații și/sau servicii, după caz.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii conexe.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001 și după caz organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate și tipul de servicii conexe conform anexei nr. 7 la ordin și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004.

ART. 4 (1) Suma convenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice se calculează prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie și homeopatie, planificare familială, precum și furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 1,7 lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical astfel obținută este valabilă și pentru serviciile medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Numărul de puncte luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct pe serviciu, nu include numărul de puncte aferent serviciilor medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

(6) Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se defalchează pe trimestre.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice confirmate, prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate și validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care asiguratul solicită în nume propriu și în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor .

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de către:

- un furnizor de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale),

- un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești),

- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)

- un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

- a) numărul de investigații paraclinice;

- b) tarifele aferente acestora prevăzute în anexa nr. 7 la ordin;

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen și pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - explorări funcționale, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere diversitatea serviciilor medicale paraclinice propuse pentru contractare reflectată în tipul de aparate aflate în dotare.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional. Pentru situațiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinație.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală într-o lună și de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale într-o lună - se redistribuie furnizorilor care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigații paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate și nu vor încheia subcontracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigații paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, precum și servicii medicale paraclinice - explorări funcționale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 10 și 11 la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de investigații paraclinice și conduce la rezilierea contractului.

(8) În situația în care, în structura unui furnizor de servicii medicale paraclinice, există laborator/punct de lucru organizat ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi, casa de asigurări de sănătate încheie pentru acestea un act adițional la contractul de furnizare de servicii paraclinice încheiat cu furnizorul respectiv. Actul adițional se adaptează după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, iar contractarea și decontarea serviciilor medicale paraclinice realizate în baza actului adițional se suportă din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

În situația în care furnizorul de servicii medicale paraclinice, are în structură laborator/laboratoare și/sau punct/puncte de lucru organizat/organizate numai ca urmare a procedurii de externalizare sau prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi, casa de asigurări de sănătate încheie cu acesta un contract de furnizare de servicii

medicale paraclinice, iar contractarea și decontarea serviciilor medicale paraclinice realizate în baza contractului se suportă din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografiile furnizorilor de servicii medicale clinice, furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie și de medicină internă serviciul "monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice" cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condițiile prevăzute la Nota 1 și Nota 3 de la finalul lit. C a capitolului I din anexa nr. 7 la ordin, la tarife prevăzute în aceeași anexă.

Pentru ecografiile, respectiv monitorizările și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice, pentru care medicii cu specialități medicale clinice, respectiv medicii de specialitate cardiologie și medicină internă încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice și care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate, respectiv de către alți medici de specialitate cardiologie și medicină internă, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice. În acest sens furnizorii încheie acte adiționale cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice specifice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere își pierde valabilitatea. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul celor două exemplare ale biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigațiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere își pierde valabilitatea, cu excepția biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost

efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

Investigațiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat precum și în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigații medicale paraclinice - dacă pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnată declarația asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepția investigațiilor medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital și în declarația pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice 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.

(5) Fiecare casă de asigurări de sănătate își organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice, în acest sens stabilindu-și evidențe proprii.

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(6) Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigațiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță care se întocmește în 3 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea, unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract cu ocazia raportării lunare a activității. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară.

ART. 10 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile medicale de

medicină dentară pentru care se încasează contribuție personală din partea asiguratului și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

- a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) și lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;
- d) suma stabilită conform lit. c), se ajustează în funcție de programul de activitate, având în vedere volumul serviciilor de medicină dentară contractate;
- e) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), respectiv lit. d), după caz, se majorează cu 50%.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

În situații justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(3) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adițional.

(4) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unitățile ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/cazuri pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultații, respectiv

tariful pe consultație de 20 lei și numărul de servicii medicale-cazuri, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. La stabilirea numărului de cazuri se are în vedere o durată medie de 10 zile de tratament pe caz și un număr mediu de 4 proceduri pe zi.

Suma contractată se stabilește conform anexei nr. 8 F și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, conform prevederilor din anexa nr. 8 F la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrială cabinetele de specialitate clinică reabilitare medicală pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, dacă este cazul.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultații de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale-consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată de 15 minute în medie. Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultații, poate scade sau crește corespunzător;

b) serviciile medicale - cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr mediu de 10 zile de tratament și o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an calendaristic, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale. Pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 – 16 ani, casele de asigurări de sănătate decontează 4 cure pe an calendaristic.

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații și numărul de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere

de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultații și numărul de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale - consultații și numărul de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilit de medicul de specialitate clinică reabilitare medicală.

(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale - consultații;

b) numărul de cazuri finalizate de recuperare - reabilitare a sănătății realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare - reabilitare a sănătății raportate în luna respectivă;

(10) În situația în care o cură de tratament se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament întreruptă se consideră o cură finalizată.

ART. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale;

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură respectiv pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse

de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8.5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații de acupunctură și cazurilor - cure de acupunctură.

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare - reabilitare a sănătății și paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 16 (1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală, paraclinice și de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care serviciile au fost acordate persoanele beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situație, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul/codul unic de asigurare, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete 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. Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală acupunctură, homeopatie, fitoterapie, planificare familială și de medicină dentară pot prescrie

medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/ formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice specialitatea clinică reabilitare medicală, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 18 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice și de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie și fitoterapie numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialități, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A la ordin și serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Biletul de trimitere pentru alte specialități este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie și fitoterapie. Furnizorul de servicii medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie și fitoterapie, păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie și fitoterapie au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(3) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie și fitoterapie acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Furnizor de servicii medicale
 Medic
 Specialitatea
 Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
 Nr. contract

FIȘA DE MONITORIZARE

în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

Nume: Prenume:
 Data nașterii:

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cod unic de asigurare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: M/F

Adresa:
 Diagnostic:
 Data luării în evidență:
 Comorbidități:
 Factori de risc:
 Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigații paraclinice

Tip investigație	Data programării	Data realizării

Recomandări:

- Tratament igienico-dietetic

 - Tratament medicamentos

 - Alte recomandări

Data completării Semnătura, parafa și ștampila

Furnizor de servicii medicale paraclinice
.....

Sediul social/Adresa fiscală
.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a),
.....
legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr.,
în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în
declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria
răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale
paraclinice și cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței
Naționale și Autorității Judecătorești

Casa de Asigurări de Sănătate

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

Furnizor de servicii medicale de recuperare - reabilitare a
sănătății.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a),

.....

legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr.,
în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în
declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria
răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale
de recuperare - reabilitare a sănătăți și cu Casa Asigurărilor de
Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și
Autorității Judecătorești

Data

.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

.....

Furnizor de investigații medicale paraclinice de
radiologie-imagistică medicală
Punct de lucru*1)

**PERSONAL MEDICO-SANITAR
MEDICI**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Valoare
- E - Nr. contract
- F - Tip contract
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*)
- I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR		Asigurare de răspundere civilă			Contract **)		Program de lucru	Cod parafă	G	H	I	
				Serie și nr.	A	B	Nr.	C	D	E						F

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

Total medici =

OPERATORI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tip de activitate**)
- B - Data eliberării
- C - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
				Serie și nr.	B	C	Nr. contract			

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENȚI MEDICALI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Nr. contract
- E - Tip contract

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract **)		Program de lucru	Specialitatea/Competența
				Serie și nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenți medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
				Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

 *1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătura, ștampila

Data întocmirii

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:

 Punct de lucru*1)

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Nr. contract
- D - Tip contract
- E - Program de lucru
- F - Cod parafă
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*)
- I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		E	F	G	H	I
				Serie și nr.	Nr.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C					

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

ASISTENȚI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Program de lucru
				Serie și nr.	Nr.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	

Total asistenți medicali de laborator =

CHIMIȘTI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională			Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	C
				Serie și nr.	Nr.	A	B	Nr. contract			

Total chimiști =

BIOLOGI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIȘTI

Total biochimiști =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular și pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal:

Nume și prenume, semnătura, ștampila:

Data întocmirii:

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății în ambulatoriu

CAP. I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare – reabilitare a sănătății pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului și al bazei de tratament este acoperită prin prezența unui medic de specialitate reabilitare medicală.

CAP. II La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele criterii:

- A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 50%
- B. Evaluarea resurselor umane 50%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparatului prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare, conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, și într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de servicii încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și

valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale „second hand” din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1 Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

- Aparat cu 1 canal și vechime 1 - 10 ani = 16 puncte/aparat
- Aparat cu 2 canale și vechime 1 - 10 ani = 24 puncte/aparat
- Aparat cu 3 canale și vechime 1 - 10 ani = 28 puncte/aparat
- Aparat cu 4 canale și vechime 1 - 10 ani = 32 puncte/aparat
- Combină de terapie fizicală și vechime 1 - 10 ani = 20 puncte/combină
- Cada de hidroterapie - vechime 1 - 10 ani = 10 puncte/1 cadă

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE:

NOTA 1:

Numărul de 2, 3 sau 4 canale ale unui aparat reprezintă posibilitatea pentru efectuarea terapiei la 2, 3, respectiv 4 pacienți în același timp.

NOTA 2:

La contractare, furnizorul va depune o notă de fundamentare privind:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform fișelor tehnice ale aparatelor.

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programul de lucru de către asistentul medical care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, cu modificările și completările ulterioare.

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mic decât cel prevăzut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se înmulțește cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) și numărul de proceduri de la lit. a).

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mare decât cel prevăzut la lit. a), se acordă punctajul aferent lit. A.1.

A.2 Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafața utilă a sălii este între 8 - 15 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 20 puncte

- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 30 puncte

- Suprafața utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie și dotare superioară față de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare = 33 puncte

A.3 Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 20 puncte;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte.

TOTAL puncte resurse tehnice

NOTA 1: Sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor își desfășoară activitatea cel puțin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală. Punctajele pentru lit. A.2 și A.3 se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală) pentru o normă întreagă (8 ore). Pentru fracțiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 și A.3 se ajustează proporțional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează și pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 50%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)

- pentru un asistent balneofizioterapie, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală sau maseur - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. medic în specialitatea reabilitare medicală:

- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă

- medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală – 15 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie – 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE:

Program de activitate săptămânal al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână = 5 puncte
- TOTAL puncte

Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obținut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obținut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu, se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

CRITERII DE ELIGIBILITATE**pentru efectuarea investigației PET-CT- ADULȚI**

- nodul pulmonar solitar (NPS): pentru care un diagnostic nu a putut fi stabilit printr-un puncție-biopsie din cauza tentativei nereușite de puncție; când NPS este inaccesibil pentru procedura de puncție-biopsie, sau când există contraindicație pentru utilizarea procedurii de puncție-biopsie.
- cancerul tiroidian: în cazul în care recurența sau persistența bolii este suspectată pe baza tireoglobulinei crescute, atunci când studiile standard imagistice sunt negative sau incerte.
- tumori cu celule germinale: în cazul în care se suspectează recurența bolii pe baza unor valori crescute ale markerilor tumorali - (beta gonadotrofină corionică umană (hCG) și / sau alfa fetoproteina) iar testele standard imagistice sunt negative, sau atunci când rezecția chirurgicală curativă este luată în considerare pentru o masă persistentă după tratamentul primar al unui seminom.
- Cancerul colorectal: în cazul în care se suspectează boala recurentă pe baza unor valori crescute și / sau în creștere ale antigenului carcinoembrionic (ACE), atunci când testele standard imagistice sunt negative sau incerte, precum și pentru evaluarea pacienților cu leziuni metastatice operabile.
- Limfom Hodgkin sau non-Hodgkin: pentru evaluarea formațiunilor reziduale sau a suspiciunii de recidiva la un pacient cu limfom Hodgkin sau non-Hodgkin, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente sau pentru evaluarea răspunsului în stadiile incipiente, după două sau trei cicluri de chimioterapie și la terminarea tratamentului
- Cancerul bronhopulmonar
 - cancerul bronho-pulmonar non-microcelular (CBPNM): pentru cazurile în care rezecția chirurgicală curativă este considerată indicată pe baza testelor imagistice standard negative sau neconcludente
 - pentru stadializarea cancerul bronho-pulmonar non-microcelular și microcelular, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente, și este luată în considerare o modalitate terapeutică combinată (chimioterapie și radioterapie)

- neoplazii ale capului și gâtului: evaluarea bolii reziduale și/sau a recidivelor când testele standard imagistice sunt neconcludente
- melanom malign: leziuni metastatice cu indicație chirurgicală, când examinările standard imagistice sunt neconcludente
- neoplasm esofagian, gastric sau pancreatic: evaluarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente
- neoplasm de ovar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor rezultate alterate ale examenelor de laborator - CA 125 ridicat, cu investigații imagistice standard neconcludente sau negative
- neoplasm mamar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă locală sau la distanță, în cazul investigațiilor imagistice standard neconcludente, precum și evaluarea cazurilor cu leziuni metastatice considerate operabile pe baza testelor standard imagistice
- sarcoame osoase sau de părți moi: evaluarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente
- GIST, tumori neuroendocrine: evaluarea răspunsului terapeutic, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente
- localizarea tumorilor oculte la pacienții cu metastaze cu punct de plecare neprecizat, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente

CRITERII DE ELIGIBILITATE

Pentru efectuarea investigației PET-CT- COPII

1. Limfoame:- Limfom Hodgkin: - stadializare
- evaluarea răspunsului terapeutic

- Limfoame nonHodgkin T și B: - stadializare
- evaluarea răspunsului terapeutic
2. Sarcoame de părți moi și sarcoame osoase - stadializare
- evaluarea răspunsului terapeutic
3. Neuroblastom – stadializare
- evaluarea răspunsului terapeutic
4. Retinoblastom – stadializare
- evaluarea răspunsului terapeutic
5. Tumori hepatice– stadializare
- evaluarea răspunsului terapeutic
6. Metastaze cu punct de plecare neprecizat
7. Tumori rare, specifice adultului, cu aceleași indicații ca și la adult (cc. colo-rectal, carcinom ORL, tumori germinale, tumori cutanate, tumoră pancreatică, tumoră tiroidiană, GIST, tumoră pulmonară)
8. Tumori care nu pot fi diagnosticate - încadrate prin alte examinări paraclinice
9. Tumori cu evoluție necorespunzătoare în urma tratamentului aplicat (reevaluare diagnostic)

LISTA

cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Purtătorii de proteze valvulare și pace-maker
3. Malformații congenitale și boli genetice
4. Insuficiență renală cronică în stadiul predialitic
5. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
6. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
7. Bolile de collagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
8. Aplazia medulară
9. Anemii hemolitice endo- și exoeritrocitare
10. Trombocitemia hemoragică
11. Talasemia majoră
12. Histiocitozele
13. Telangectazia hemoragică ereditară
14. Purpura trombocitopenică idiopatică
15. Trombocitopatii
16. Purpura trombotică trombocitopenică
17. Boala von Willebrand
18. Coagulopatiile ereditare
19. Tumori cu potențial malign până la și după elucidarea diagnosticului
20. Boala Wilson
21. Malaria
22. Tuberculoza
23. Mucoviscidoza
24. Boala Addison
25. Diabet insipid
26. Psihoze
27. Miastenia gravis
28. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
29. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
30. Gravide cu risc obstetrical crescut
31. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
32. Astm bronșic sever
33. Glaucom
34. AVC - la medicul neurolog în cazul tratamentelor cu risc vital*-(anticoagulante)
35. Insuficiență venoasă cronică
36. BPOC
37. Steatohepatita activă non-virală

NOTA 1:

Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus se face numai în următoarele situații:

1. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare;
2. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru tot anul în curs, conform fișei de monitorizare prevăzut în anexa nr. 8 A.

NOTA 2:

1. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.
2. Medicul de specialitate care are în evidență bolnavul are obligația de a depune la contractare lista cu asigurați - bolnavi cu afecțiuni cronice în evidență.

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la cap. II din anexa nr. 7 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice și de citologie, inclusiv examenul Babeș Papanicolau).
 - b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice și de citologie inclusiv examenul Babeș Papanicolau), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.
3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru și a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate și se iau în calcul separat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 8 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist - cu grad de specialist, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului / punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul / punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de anatomie patologică /laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, atât pentru subcriteriul a) "Implementarea sistemului de management al calității" cât și pentru subcriteriul b) "Participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" prevăzut de reglementările în vigoare pentru minim 40 analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor contractate, pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de 87.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații paraclinice - analize de laborator se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 50%
2. criteriul de calitate 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora, având menționate seriile echipamentelor.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor și transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situația centralizatoare cu privire la:

- tipul și denumirea fiecărui aparat
- seria și numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul și data documentului care dovedește deținerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale „second hand” din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

- a) analizor până la 18 parametri inclusiv -
cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
Pentru analizoarele cu mai puțin de 60 teste/oră se acordă
5 puncte.
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului;
- b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă
leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - 12 puncte
- cu o vechime de până la 5 ani
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului;
- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară
completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul
laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an
de vechime în plus a aparatului.
- c) - analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă
leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră - cu o
vechime de până la 5 ani - 14 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an
de vechime în plus a aparatului;
- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară
completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră; cu modul laser
flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an
de vechime în plus a aparatului.

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialiști cu specializare în hematologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct. 1.1.

1.2. Hemostază:

- a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului;
- b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului.

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

1.3. Imunohematologie:

- 2 puncte

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

- analizor automat de microbiologie - cu o vechime de până la
5 ani - 40 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului;
- identificarea germenilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogramelor - 8 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte

3. Biochimie:

- a. - analizor semiautomat, inclusiv analizoare de ioni - cu o vechime
de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an
de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în
care furnizorul deține analizoare automate, situație în care

se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

- b.** - analizor automat **inclusiv modul de ioni** - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
b.1 - analizor automat cu determinare și prin turbidimetrie -
cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte
b.2 - analizor automat cu determinare și prin turbidimetrie,
inclusiv modul de ioni - cu o vechime de până la 5 ani - 30 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului.
În funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare
investigație/oră se acordă câte 0,06 puncte.
- se iau în calcul maxim 2 aparate
c. - analizor semiautomat pentru electroforeză - cu o vechime
de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an
de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în
care furnizorul deține 1 analizor automat, situație în care se
ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
d. - analizor automat pentru electroforeză - cu o vechime de
până la 5 ani - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an
de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate

4. Imunologie:

- a)** sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la
5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare
an de vechime în plus a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în
care furnizorul deține 1 analizor automat, situație în care se
ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
- b)** sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani,
cu:
- o microplacă 25 puncte
- două microplăci simultan 30 puncte
- 4 microplăci simultan 35 puncte
- 6 microplăci simultan 40 puncte
- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru
fiecare an de vechime în plus a aparatelor;
- se iau în calcul maxim 2 aparate
- c)** sisteme speciale
c1) semiautomate cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte
- pentru sistemele speciale semiautomate se iau în calcul maxim
2 aparate;
c2) automate cu o vechime de până la 5 ani 40 puncte
- pentru sistemele speciale automate, în funcție de capacitatea
de lucru a aparatului, pentru fiecare probă pe oră se acordă
câte 0,6 puncte.
- la sistemele speciale se punctează maxim 5 aparate pe laborator/punct de lucru, indiferent de
metoda de lucru, dar nu mai mult de 2 aparate pe metodă.
Pentru sistemele speciale semiautomate și automate se scad din
punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime
în plus a aparatului.
Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:
- CLIA - Chemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Chemiluminescență)
- ECLIA - Electrochemiluminescență (Test Imunologic pe bază de
Electrochemiluminescență)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică
Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin
Fluorescență de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de
Chemiluminescență pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică
Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului
pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe bază de Imunofluorescență)
- ELFA cu detecție în fluorescență - Test imunoenzimatic cu emisie de
fluorescență
- TRACE - Emisie amplificată de europium

NOTĂ:

Test imunologic sau metoda imunologică se referă la o reacție cu formare de complex tip antigen-anticorp.

5. Citologie Papanicolau	5 puncte
Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.	
6. Histopatologie	25 puncte
- Sistem automat de prelucrare a probelor	40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)	
- Sistem de colorare automată a lamelor	15 puncte
7. Analize de urină	
a. analizor semiautomat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani	5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;	
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepția situației în care furnizorul deține 1 analizor automat, situație în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;	
b. analizor automat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani	20 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.	
- se iau în calcul maxim 2 aparate	

NOTĂ:

Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin un angajat cu studii superioare de specialitate.

Aparatele mai vechi de 10 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de cel care a făcut recondiționarea totală a aparatului, nu se punctează.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate	20 puncte;
2. medic specialist	18 puncte;
3. chimiști, biologi, biochimiști principali	16 puncte;
4. chimiști, biologi, biochimiști specialiști	14 puncte;
5. chimiști, biologi, biochimiști	10 puncte;
6. farmacist	12 puncte;
7. asistenți medicali de laborator cu studii superioare	6 puncte;
8. asistenți medicali de laborator fără studii superioare	4 puncte.

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
 - fax - 1 punct;
 - direct medicului - 3 puncte;
 - sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte.
2. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):
 - operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 5 puncte;
3. website - care să conțină minimum următoarele informații:
 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări - 2 puncte;
 - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 și 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității", în conformitate cu SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie și analize de urină (cu excepția uroculturii) prevăzută în anexa nr. 7 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7 la ordin, și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzute în celelalte categorii/grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7, altele decât cele menționate la lit. a1) și a2), cuprinse în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungiograma) constituie teste separate și se iau în calcul separat.

b) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" și care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde și lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de biochimie, hematologie și analize de urină (cu excepția uroculturii) prevăzută în anexa nr. 7 la ordin;

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7 la ordin;

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză de microbiologie și celelalte clase, altele decât cele menționate la lit. b1) și b2);

pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale, cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori/an în anul calendaristic anterior. Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Pentru participarea la un număr mai mare de 4 ori pe an la schemele de testare a competenței punctajul se va multiplica astfel:

- pentru participarea la un număr de 6 ori pe an se acordă o creștere a punctajului de 10%

- pentru participarea la un număr de 12 ori pe an se acordă o creștere a punctajului de 15%.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate și se iau în calcul separat.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile art. 6 (1) lit. b) se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității" și 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de laboratoarele de analize medicale/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi și a numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile și modalitatea de calcul se aplică în același mod și pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi și care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum și pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru acești furnizori se contractează și se decontează din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

NOTA 1: În funcție de necesarul de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigațiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;

- analize de anatomie patologică (histopatologice și de citologie, inclusiv examenul Babeș Papanicolau)

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total județ - de către comisia constituită

conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de anatomie patologică din totalul fondului cu destinația de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele și personalul specific).

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, astfel:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie, cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;
 - c. Ecografia endocrinologică ca prestație independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice, în diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;
 - d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie;
 - e. Ecocardiografia efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie și pediatrie, de către medici de specialități clinice;
 - f. Ecografia obstetricală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de genetică medicală și obstetrică ginecologie;
 - g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;
 - h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) și în cabinetele medicale de urologie.
 - i. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.
 - j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
 - k. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
 - l. Ecografia transvaginală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor.

3. Să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-

imagistică medicală/punct de lucru din structură, își desfășoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

2. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 90%
2. criteriul de disponibilitate 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria și numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013, și ale prezentului ordin și într-un program de lucru distinct. În

această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăși punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

g) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

h) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare și/sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:

- **tipul de achiziție**
 - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
 - direct digital 10 puncte;
- **opțiuni:**
 - stepping periferic 5 puncte;
 - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
 - optimizarea densității 5 puncte;
 - trendelenburg 3 puncte;
 - afișare colimatori fără radiație 3 puncte;
 - stand vertical 3 puncte;
 - tomografie plană 1 punct;
 - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:
 - parțial digital 5 puncte;
 - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existența de casete dedicate 1 punct;
- facilități de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru al unității de bază:
 - B (sau 2D): 1 punct;
 - M: 1 punct;
 - Doppler color: 2 puncte;

- Doppler color power sau angio Doppler:	1 punct;
- Doppler pulsat:	1 punct;
- triplex:	0.5 puncte;
- achiziție imagine panoramică:	1 punct;
- achiziție imagine panoramică cu Doppler color:	1 punct;
- achiziție imagine cu armonici superioare:	1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:	
- monitor alb-negru/color -	1 punct;
- modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opțiune se adaugă	1 punct;
- aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie)	1 punct;
- stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk)	2 puncte;
- printer alb-negru/color	1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvențial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:	
- 2 - 8 secțiuni	25 puncte;
- 16 - 32 secțiuni	40 puncte;
- peste 32 secțiuni	70 puncte;
- timp de achiziție a imaginii:	
- 0,5 - 1 secundă:	10 puncte;
sau	
- < 0,5 secunde:	20 puncte.
- aplicații software*) instalate pe computerul tomograf:	
- 3D:	2 puncte;
- Circulație - 64 slice	2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar - 16 slice	2 puncte;
- perfuzie - 64 slice	2 puncte;
- colonoscopie - 64 slice	2 puncte;
- angiografie cu substracție de os - 16 slice	2 puncte;
- dental - 2 slice	2 puncte.

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital	5 puncte;
- analog	1 punct;
- injector automat	15 puncte;
- stație de post procesare și software aferent*):	20 puncte;

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: sân, extremități, cap, genunchi etc.), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

1. - câmp magnetic - 1,5 T	10 puncte;
- peste 1,5 T	20 puncte;
2. - pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă:	20 puncte;

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicații software*) instalate pe RMN	
- Post-procesare 3D - prelucrarea achizițiilor în 3D:	10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor	10 puncte
- Perfuzie - cuantificarea permeabilității tumorale în funcție de modelul farmacocinetic al substanței de contrast pentru patologia cerebrală și a prostatei:	10 puncte
- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale:	10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei și dinamicii cordului:	10 puncte

- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt:	10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare:	10 puncte
- Spectroscopie	10 puncte

 *) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii	
- Printer - digital:	5 puncte;
- analog:	1 punct;
- Injector automat:	15 puncte;
- Stație de post procesare și software aferent*) (alta decât stația de vizualizare)	20 puncte.

 *) se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- cu o cameră de citire	5 puncte;
- cu două camere de citire	15 puncte;
- Hot lab:	15 puncte.

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală	1 punct;
- dezvoltator automat umed	3 puncte;
- dezvoltator umed day light	5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR)	15 puncte;
- dezvoltare automată uscată:	10 puncte;
- arhivă filme radiografice	5 puncte;
- arhivă CD	15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS)	50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme)	5 puncte.

l) PET-CT

Nr detectori

- 3 detectori 20 puncte
- 4 detectori 50 puncte

Tip detector

BGO: bismuth germanium oxide	20 puncte
GSO: gadolinium oxyorthosilicate	40 puncte
LSO: lutetium oxyorthosilicate	60 puncte

Dozare radiotrasori

- manuala	20 puncte
- automata	40 puncte

Injectare radiotrasori

- manuala	20 puncte
- automata	40 puncte

Accesul la radiotrasor: de la 2 ore - 8 ore

- 2-3 ore	50 puncte
- 3-8 ore	20 puncte

Computer tomograf

Numarul de sectiuni concomitente:

- 2-8 sectiuni	20 puncte
- 16-32 sectiuni	40 puncte
- peste 32 sectiuni	60 puncte

Aplicatii software

- full 3D	10 puncte
- rotating mip	4 puncte

- programe complexe de vizualizare a imaginilor 2 puncte
- side-by-side 2 puncte
- reconstrucții 2 puncte

Accesorii

- printer digital 10 puncte
- injector automat – substanța contrast iodată 20 puncte
- stație de post procesare și software aferent 30 puncte

NOTA 1: Aparatele mai vechi de 10 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de cel care a făcut recondiționarea totală a aparatului, nu se punctează. Prevederile prezentei note nu se aplică pentru aparatele prevăzute la litera l).

NOTA 2: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 3: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
 - medic de specialitate radiologie și imagistică medicală: 20 puncte;
 - medic primar radiologie și imagistică medicală: 35 puncte;
 - medic de specialitate medicină nucleară: 20 puncte;
 - medic primar medicină nucleară: 35 puncte;
 - medic specialist anestezist 20 puncte;
 - medic primar anestezist 35 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani 5 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: 10 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)

- medic dentist 8 puncte;
- medic dentist specialist 10 puncte;
- medic dentist primar 15 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii dentiști care efectuează radiografiile dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

- medic specialist explorări funcționale 10 puncte;
- medic primar explorări funcționale 15 puncte;
- operatori:
 - absolvent colegiu imagistică medicală 6 puncte;
 - asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
 - bioinginer: 8 puncte;
 - fizician: 8 puncte;
- asistenți medicali:
 - de radiologie cu studii superioare 6 puncte;
 - de radiologie fără studii superioare 4 puncte;
 - asistenți generaliști pentru Eco + ATI 3 puncte;
 - personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

NOTĂ:

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional cu aparate conectate pentru transmitere de date 5 puncte.

c) website - care să conțină minimum următoarele informații:

- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări 2 puncte.
- chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziție 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau și CT și RMN.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se acordă 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 90% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor la cele trei criterii, cu excepția numărului total de puncte obținut de laboratoarele de radiologie și imagistică medicală/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi și de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații de radiologie și imagistică medicală în regim ambulatoriu, inclusiv pentru

laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile și modalitatea de calcul se aplică în același mod și pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi și care efectuează investigații paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum și pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru acești furnizori se contractează și se decontează din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total județ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcționale din totalul fondului cu destinația de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcționale - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai investigațiile, aparatele și personalul specific).

H. În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu
pentru specialitățile clinice

I. Părțile contractante

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

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin administratorul

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului....., inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în următoarele specialități și competențe/atestate de studii complementare - pentru fitoterapie, homeopatie, acupunctură, planificare familială:

- a)
- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract - pentru serviciile de acupunctură - a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014; pentru furnizorii de servicii de acupunctură decontarea se face în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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 prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare trimiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizat, afișat pe pagina de web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) 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;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum și contravaloarea serviciilor medicale pentru care nu se solicită bilet de trimitere conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate de medici conform specialității confirmate prin ordin al ministrului sănătății și au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

l) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical/serviciu medical-caz în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

n) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

5. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

7. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o

consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

14. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarii;

17. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

21. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

22. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de 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 este stabilită prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală 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;

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală 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.

25. 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, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

27. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

28. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

30. să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei

programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care serviciile au fost acordate persoanelor beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situație, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

32. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

33. să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea acestora, atât pe suport hârtie și în format electronic;

34. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigațiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face și prin intermediul asiguratului;

38. să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

39. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

40. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 39, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară, pentru anul 2013; valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 1,7 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul

2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

b) gradul profesional medic primar%.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

*) în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a

documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat 140 lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 - număr mediu zile de tratament contractat. Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

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

a) Medic

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate ore/zi

c)
.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 12 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute

mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 13 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1- 3, 5 - 8, 10 - 23, 28 și 29 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, cu avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 40, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 pct.40 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4)) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 33, consultațiile respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 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 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, 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 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1 - 3, 5 - 9.a), 10 - 23 și 29;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și art. 7 pct. 24, 25, 34 și 37 din prezentul contract;

j) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

k) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (3).

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice 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 motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) 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. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 35 din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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 obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia Colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament,

centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 (1) Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 18 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

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

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

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat Juridic, contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice nr.

Documentele *) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.
- cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract și funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- act/acte doveditor/doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical nr., cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - avizul de liberă practică, atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România nr., tipul serviciilor furnizate și programul de activitate pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical
- pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004;
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor,
- lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice-ecografii, respectiv monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie și medicină internă

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu
pentru specialitățile paraclinice****I. Părțile contractante**

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

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr.
124/1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări și
completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc.,
et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil având sediul în
municipiul/orașul adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul titular
.....;

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str.
..... nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil
..... adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul delegat
.....;

- societatea civilă medicală având sediul în municipiul/orașul, str.
..... nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil
..... adresă de e-mail fax reprezentată prin administratorul
.....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților
nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având
sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax
reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu
rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str.
..... nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil
adresă de e-mail fax reprezentată prin

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și
Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua
ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și
autorității judecătorești având sediul în municipiul/orașul, str.
nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de
e-mail fax reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al
unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncțional - unități
medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon
fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin
.....;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

- a) Medic
Nume: Prenume:
Specialitatea:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate
- b) Medic
Nume: Prenume:
Specialitatea:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate
- c)

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării

asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice 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 și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

g) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale paraclinice 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;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate de medici conform specialității confirmate prin ordin al ministrului sănătății și de alt personal cu studii superioare de specialitate, dacă au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

j) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

l) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct pentru asigurați, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h1) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

h2) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de diagnostic;

m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială,

în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

p) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

q) 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; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

u) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, 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;

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția.

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoțește certificatul de acreditare reprezintă cel puțin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

ac) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip, efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului / punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul / punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare și / sau buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie și imagistică medicală, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv/e, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

ak) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

al) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale;

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif contractat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât tarifele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - g), i) - p), r) - t) și w), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații

(2) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, 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 3 luni într-un an;

f) la a treia constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h1), i) - p), s), t) și w);

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora și cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, 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, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate, urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. ad);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu modificările și completările ulterioare, și a obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. q), x) - z), ac), ag) - ai);

m) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (2); 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, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

ART. 16 (1) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale paraclinice își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale paraclinice după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului laboratoarelor medicale individuale;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice 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 motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în

condițiile art. 17 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) 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. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației - prevăzută la art. 7 lit. ak) din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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 obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei al medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor;

f) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi

decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) și s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. deschis la Banca,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului,
- certificat de membru al Colegiului Farmaciștilor din România
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimiști
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor
- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor
- avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura second hand din dotare,
- buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie și imagistică medicală, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator.

- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România nr., pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice
- radiologie și imagistică medicală
- dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale nr.,
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 B)
- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară****I. Părțile contractante**

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

și

- cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular

- cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat

- societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare,, reprezentată prin

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii,, reprezentată prin

- ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centru medical și - unitate cu personalitate juridică, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax, e-mail, reprezentat prin

- Centrul de sănătate multifuncțional, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării

asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în următoarele specialități

- a)
- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 6 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, autorizați și evaluați, și să facă publică, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale de medicină dentară, suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate

sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară 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;

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară 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 prevederilor legale în vigoare;

k) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

l) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

ART. 7 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații;

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite

conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate și sunt decontate de către aceasta;

7. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9.a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, , program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică, pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraților, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide;

16. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

18. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

19. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

20. să asigure acordarea asistenței medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elvetia, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

21. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

22. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

23. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

24. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

28. să recomande asiguraților tratamentul adecvat cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

29. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

30. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate;

31. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

32. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

33. să utilizeze prescripția medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

34. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

35. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 34, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (3) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

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

a) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1 - 3, 5 - 8 și 10 - 25 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată, 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 - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 35, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 35 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii de medicină dentară nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1 - 3, 5 - 8, 10 - 22, 24 și 25;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv

ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate conform solicitării scrise a organelor de control;

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, și art. 7 pct. 29 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 15 alin. (3).

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii de medicină dentară își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină dentară 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 motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) 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. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2012 - 2013 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 31 din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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 obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia Colegiului teritorial al medicilor dentiști de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate

pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu puțință spiritului contractului.

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției
Economice,
.....

Director executiv al Direcției
Relații Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,
 - dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului
 - cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal,
 - cont nr., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr., deschis la Banca
 - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului,
 - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
 - dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
 - certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (pentru fiecare medic dentist) nr.,
 - certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului,
 - documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști nr.,
 - copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr.
 - programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, după caz, precum și programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
- Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală
(pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală)****I. Părțile contractante**

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

și

- unitățile ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății aparținând ministerelor și instituțiilor
centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

- cabinetul medical de specialitate, organizat conform Ordonanței Guvernului
nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și
completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin

- societatea de turism balnear și de recuperare, constituită conform Legii societăților nr. 31/1990
republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește 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 modificările și completările ulterioare
prin Legea nr. 143/2003....., reprezentată prin

- ambulatoriul de specialitate ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional
fără personalitate juridică din structura spitalului....., inclusiv al spitalului din rețeaua
ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și
autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant
legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., județul/sectorul, telefon fax
....., e-mail

Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică, având sediul în
municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax
....., reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare -
reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, în cadrul
sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării
asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014
aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de
aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul
sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

III. Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare
ambulatorii de recuperare.

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății
asiguraților, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul
2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de
asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate în unități
sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicală.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea, și valoarea de contract inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

4. să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin email la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

5. să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare, întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii

medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală, a unor materiale sanitare și dispozitivele medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, 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;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (3) din Contractul-cadru pentru anii 2013-2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;

11. să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

12. să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății are următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de reabilitare medicală potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul

de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

7. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9.a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

9.b) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică, pentru repartizarea acestuia pe zile și ore care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate și sunt decontate de către aceasta; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate și sunt decontate de către aceasta;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

19. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor

/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

20. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

22. să acorde servicii de asistență medicală de recuperare - reabilitare a sănătății asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni. 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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate de reabilitare medicală acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate reabilitare medicală solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

23. 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 după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este

prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

24. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugariilor;

27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

28. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

29. să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care serviciile au fost acordate persoanele beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situație, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

31. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

32. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și lunar mișcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigațiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face și prin intermediul asiguratului;

38. să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

39. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu, la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

40. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 39, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe caz, exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultație*)/caz*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - consultații			
Servicii medicale - cazuri			

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe serviciu medical - caz, în limita sumelor contractate în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare

cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare - reabilitare a sănătății și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de recuperare-reabilitare a sănătății se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament de recuperare-reabilitare a sănătății întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

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

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru stabilit conform prezentului contract, prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 pct. 1-3, 5-8, 10-20, 21 și 25-27 se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare - reabilitare a sănătății, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 pct. 40, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 8 pct.40 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) – (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) – (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin (1) – (4) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) – (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 33, consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, 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 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 8 pct. 1-3, 5-8, 10-18, 20, 21 și 25-27;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări

de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și art. 8 pct. 22), 23), 32) și 37 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății 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 motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 21 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) 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. (2) –

(4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 35 din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de direcțiile de sănătate 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 obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 26 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției Relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.

- dovada de evaluare a furnizorului nr. valabilă la data încheierii contractului;

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal

- cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;

- programul de lucru al furnizorului;

- lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia;

- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr.

.....,

- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr.;

- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr.;

- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului,

- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,

- lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare;

- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014,).

- notă de fundamentare privind:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform fișelor tehnice ale aparatelor.

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistenții medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, .

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

**PACHET DE SERVICII MEDICALE
ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ**

CAPITOLUL I

Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art. 61 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013. Spitalizarea continuă este:

- a) - spitalizare de 24 de ore,
- b) - spitalizare mai mare de 24 de ore.

1. Grupele înrudite de diagnostic pentru spitalizarea continuă de 24 de ore sunt:

1.1 Chirurgicale:

Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice
B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe
C1060	Proceduri pentru strabism
C1070	Proceduri ale pleoapei
C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei
C1090	Proceduri privind caile lacrimare
C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului
D1110	Miringotomie cu insertie de tub
D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare
D2010	Extractii dentare si restaurare
D3030	Epistaxis
D3060	Traumatism si diformitate nazale
E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC
G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC
H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC
I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur
I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe
I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC
I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC
I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC
J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului
J1050	Proceduri perianale si pilonidale
J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului
J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
J3030	Tulburari nemaligne ale sanului
J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70

L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara
L3050	Pietre si obstructie urinara
L3062	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe
L3070	Strictura uretrala
M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC
M1050	Circumcizie
N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin
N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei
N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica
N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC
O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii
O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii
O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale
O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice
Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever

1.2 Medicale

Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice
B3160	Convulsii febrile
B3180	Cefalee
C3030	Hifema si traume oculare tratate medical
D3030	Epistaxis
D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC
D3050	Laringotraheita si epiglotita
D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC
E3123	Tumori respiratorii fara CC
F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe
F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe
F3150	Durere toracica
G3062	Ocluzie intestinala fara CC
G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC
G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe
G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC
G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani
G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC
I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC
I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC
I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC
I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC
J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)
J3030	Tulburari nemaligne ale sanului

J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70
K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe
K3040	Erori innascute de metabolism
K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe
L3062	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe
M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe
M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe
N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC
O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice
Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna
R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC
T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC
X3012	Leziuni varsta >64 fara CC
X3013	Leziuni varsta <65
X3020	Reactii alergice
Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi.

Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigațiilor, tratamentelor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unitățile spitalicești, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) - p);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situațiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 și care sunt acordate de către medicii din unitățile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum și serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă și din structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitalicești, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 16 A la ordin.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmește o fișă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum și serviciile medicale de mai jos cu tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

Tarif maximal decontat
de casa de asigurări
de sănătate
(lei/serviciu medical)

a) - Radioterapie

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj | 29 lei/ședință |
| 2. Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie | 144 lei/ședință |
| 3. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator
liniar 2 D | 180 lei/ședință |

4. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/ședință
5. Brahiterapie	302 lei/ședință
b) - Chimioterapie*)	48,50/ședință
c) - Litotritie	350,00/ședință
d) - Implant de cristalin**)	247,54
e) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	116,15
f) - Servicii medicale de oftalmologie: - eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrorezeecție	48,57
g) - Servicii medicale ortopedie: - halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secțiune tendoane picior, secțiune tendoane mână, amputație deget mână, chist sinovial picior	128,66
h) - Servicii medicale ORL: - rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formațiune tumorală, polipectomie nazală	116,15
i) - Servicii medicale flebologie (operație flebologie)	92,09
j) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B): - rahianestezie - anestezie generală inhalatorie - anestezie de contact și infiltrație - anestezie locoregională de infiltrație - anestezie locală - anestezie generală	158,11 239,38 46,06 114,99 16,63 300,00
k) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoza tuberozitară Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formațiunilor tumorale (osoase - de părți moi), adâncirea șanțului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecție apicală cu obturație/fără obturație, amputație radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare) - dinți ectopici, dinți din focarul de fractură, excizia bridelor - operație cu lambou - corecție fren, infiltrație trigeminală	86,80 57,87 190,95 26,62
l) - amniocenteză***)	900,00
m) - biopsie de vilozități coriale***)	900,00
n) - Servicii de mică chirurgie: tumorete, lipoame, plăgi, abcese, chisturi	128,66
o) - monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200/lună/pacient
p) - tratamentul și profilaxia rabiei	40/serviciu (administrare)

NOTĂ:

Pentru pacienții la care se monitorizează rezistența la tratamentul retroviral, tariful maximal este de 350 lei/lună/pacient.

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ și suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți – la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinării calculat prin algoritm Fetal Medicine Foundation; în tarifele aferente acestora este inclusă și prelucrarea

probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X și Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal și anomaliilor numerice a cromozomilor sexuali.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se decontează în următoarele condiții:

- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare;
- urgențe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT

3. patologia oncologică indiferent de localizare

4. necroza aseptică de cap femural

5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergii la substanțele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească

În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale pentru situațiile de urgență având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze

dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situațiile de urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale spitalicești pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgențe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.
- tratamentul bolnavilor psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie;
- nașterea;
- diagnosticul și tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

CAPITOLUL IV

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală spitalicească de:

- urgențe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL V

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la cap. I.

CAPITOLUL VI

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. II sau de serviciile medicale prevăzute la cap. I, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz/serviciu pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

1. Ştatul de personal
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2012 sau 30.09. 2012, după caz.
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2012 valabilă la 31.12. 2012, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigaţiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezintă: modelul de pacient, lista şi numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical.
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01. 2012 şi la 31.12. 2012.
7. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2013, pe elemente de cheltuieli*)

 *) Se completează pentru fiecare secţie/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz/serviciu medical.

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	

Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI și SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	

Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER DIRECTOR MEDICAL DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....

**DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL
NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA
ACESTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ ȘI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE,
EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE, PE BAZA
RELAȚIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE
(CONFORM art. 72 lit. a) DIN CONTRACTUL-CADRU)**

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI

LOCALITATEA

JUDEȚUL

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR.

**1. DESFĂȘURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE
EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL**

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) (date de identificare:
denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în
relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste rapoartări.

**2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR
MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE
UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL**

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) (date de identificare:
denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în
relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/ cod unic de asigurare	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice	Tariful investigației efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
	Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare			X	
...					
	TOTAL				

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE (CONFORM art. 72 lit. b) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultației interdisciplinare efectuate	Număr consultații interdisciplinare efectuate	Tarif/consultație interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

4. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. /COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP cod unic de asigurare	Tipul consultației interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultații interdisciplinare	Tariful consultației interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultațiilor interdisciplinare din specialitățile clinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				x	
...					
...					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE (CONFORM art. 72 lit. c) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ANUL

Unitatea specializată privată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km aferenți serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată privată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./ COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE
LUNA ANUL

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenți serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare					X	
..						
..						
TOTAL					X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfășurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, atât pe suport de hârtie cât și electronic, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana "c2", pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului.

MANAGER

DIRECTOR MEDICAL

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL

.....

.....

.....

CONDIȚIILE

acordării serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi și modalitățile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este: spitalizare de 24 de ore, spitalizare mai mare de 24 de ore. Grupele înrudite de diagnostic pentru spitalizarea de 24 de ore sunt cele prevăzute în Anexa nr. 16 la ordin.

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore și pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3 Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în anexa nr. 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat \leq 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.380) și nu poate fi mai mare de 460 lei.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat \leq 1/5 x valoarea relativă a cazului x 1.380) și nu poate fi mai mare de 276 lei.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

3. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național și în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național luat în calcul la stabilirea capacității maxime a spitalelor, în funcție de secție este:

- pentru secții/compartimente de acuti 290 zile

- pentru secții/compartimente de cronici 320 zile

- pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

4. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;

5. durată optimă de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății și normativelor în vigoare, pe secții și compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

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

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.

13. tarif pe zi de spitalizare.

14. Durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 6,65 pentru anul 2013, cu excepția unităților sanitare de monospecialitate chirurgie orală și maxilofacială pentru care se va utiliza DMS_nat =4,8.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2012, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum și numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul maxim de paturi, în condițiile prevederilor Hotărârii de Guvern nr. 151/2011 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2011 - 2013.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitalicești care înființează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract și/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiții de contractare.

În situația în care furnizorul de servicii medicale spitalicești se regăsește în anexa 17 A la ordin, contractarea și decontarea pentru afecțiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitalicești va fi evidențiată distinct în anexa 17 A la ordin.

Pentru structurile nou-înființate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM și TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit. a) punctul a.2 ultimul paragraf.

Pentru fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitalicești care are în componență secții/compartimente de cronici se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit. b).

(6) Pe parcursul derulării, contractul se modifică în cazul revizuirii categoriei de spital, în situația în care a fost modificată clasificarea în sensul scăderii. Contractul se poate modifica în situația în care a fost revizuită clasificarea în sensul creșterii, cu condiția existenței unor fonduri disponibile cu destinația servicii medicale spitalicești. Economii rezultate datorită modificării contractelor ca urmare a revizuirii clasificării în sensul scăderii categoriei de spital, se repartizează spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, în funcție de criteriile avute în vedere la contractare.

(7) Cazurile internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență vor avea în vedere criteriile de evaluare retrospectivă a oportunității internării.

Criterii de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunității internării cazurilor de urgență			
1	Pierderea subită a cunoștinței	Include comă sau incapacitate de răspuns la stimuli, schimbare acută în starea de conștiință a pacientului. Include și pierderea conștiinței ca urmare a traumelor. Excluce dezorientare sau confuzie.	[-]
2	Puls anormal	O frecvență periferică sub 50/min sau mai mare de 140/min, înregistrată cu două ocazii separate la distanță de cel puțin 5 minute.	[-]
3	Tensiune anormală	O presiune sistolică sub 90 sau peste 200 mmHg, și o valoare diastolică de sub 60 sau peste 120 mmHg.	[-]
4	Pierderea acută a vederii sau a auzului	Pierdere severă parțială sau totală și care s-a instalat rapid și persistă în momentul internării.	[-]
5	Pierderea acută a capacității de a mișca o parte importantă a corpului	Include răni cauzate de traume majore (fractură a oaselor membrului pelvin, paralizie a piciorului sau brațului; fractură a coloanei vertebrale în zona cervicală; disfagie acută cu risc de aspirație). Excluce rănilor izolate ale mâinilor sau picioarelor.	[-]
6	Febră persistentă	Febră de cel puțin 5 zile (3 zile) cu temperatură de peste 38 °C.	[-]
7	Sângerare abundentă	Include hemoragie continuă cu orice localizare, care nu se poate trata în Departamentul de urgență (UPU/CPU/Cameră de gardă). Include orice suspiciune de sângerare internă.	[-]
8	Anomalie severă a electroliților serici sau a unui gaz din sânge	Măsurarea efectuată în momentul sosirii în UPU/CPU, după cum urmează: Sodiu < 123 sau > 156 mEq/L Potasiu < 2.5 sau > 6.0 mEq/L Bicarbonat < 20 sau > 36 mEq/L pH arterial pH < 7.3 sau > 7.45 Calcemie serică < 3 mmol/L sau > 6 mmol/L PaCO ₂ > 50 mmHg PaO ₂ < 50 mmHg	[-]
9a	Anomaliile electrocardiogramelor	Rezultatele EKG efectuată la prezentare, care sugerează ischemie miocardică acută recentă.	[-]
9b	Suspiciune clinică și biologică de ischemie	Evaluarea simptomelor ischemiei miocardice acute, în absența modificărilor ECG sau a enzimelor miocardice	[-]

	miocardică acută		
10	Dehiscenta plăgilor	Include doar complicațiile postterapeutice sau deschiderea plăgilor sau leziuni care necesită închidere/sutură.	[-]
11	Durere paralizantă	Durere severă cu suspiciune de urgență medicală, fără a putea fi diagnosticată sau tratată adecvat în departamentul de urgență.	[-]
12	Necesitatea administrării medicației parenterale și/sau repleție volemică	Include administrarea medicației IV, IM, IT și intraarterial cel puțin la 8 ore. De asemenea, include ordinul pentru medicația IV cel puțin la 8 ore și stabilizarea prin insulină pentru pacienții tineri cu diabet sever. Exclue ordinul de a menține accesul venos continuu.	[-]
13	Procedură semnificativă în primele 24 de ore de la internare	Semnificativ înseamnă că necesită anestezie regională sau generală și realizarea într-o unitate specializată (cum ar fi sala de operații). Include practic toate operațiile efectuate în urgență.	[-]

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix 2013 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2013, respectiv

- număr de cazuri externate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

La calculul acestei sume se vor avea în vedere:

a1) Suma maximă posibil de contractat (Sp) în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, cu modificările și completările ulterioare.

La calcularea formulei prevăzute în alin. (1) al art. 3 din anexa la Ordinul nr. 862/547/2011, numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Hotărârii de Guvern nr.151/2011 privind aprobarea Planului Național de Paturi se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu spitalele pentru numărul de paturi contractabile stabilite la nivelul fiecărui județ în conformitate cu Planul național de paturi, din care un procent de maxim 5% din paturile contractabile se contractează cu furnizori privați pentru spitalizare continuă. Paturile necontractate în limita de 5% cu furnizorii privați se redistribuie către furnizorii publici din județul respectiv. În situații justificate, cu aprobarea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se poate depăși procentul de 5% al paturilor contractate cu furnizorii privați, fără a se depăși numărul de paturi contractabile stabilit la nivelul fiecărui județ; în acest sens comisia mai sus prevăzută va transmite Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate situațiile pentru care consideră că se poate depăși procentul de 5%, însoțită de o fundamentare care să justifice solicitarea.

a2) Suma minimă contractată (Sm) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, calculată în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, cu modificările și completările ulterioare.

În formula de calcul pentru suma minimă contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cu modificările și completările ulterioare, valoarea procentului de referință (P) utilizată este de 90.

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formulele de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuti, cu modificările și completările ulterioare.

a3) Suma suplimentară (Ss) ce poate fi contractată peste cea minimă, dar nu mai mult de suma maximă posibil de contractat, la nivelul fiecărui spital, în limita fondurilor disponibile la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (4) se stabilește luând în calcul:

număr cazuri externate în anul 2012 raportate și validate de SNSPMPDSB în anul 2012 x (ICM x TCP, în anul 2013) pentru fiecare spital x nr. puncte rezultat din autoevaluare /

$$\frac{n}{\sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (nr. \text{ cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB în anul 2012 x ICM 2013 x TCP 2013 x nr. puncte rezultat din autoevaluare),}}$$

unde n este nr. spitalelor pentru care casa de asigurări de sănătate contractează spitalizare continuă pentru cazurile acute.

Nu se reduc cazurile de urgență estimate a se interna luând în calcul datele ultimilor 3 ani.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

Suma disponibilă în bugetul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești pentru calculul sumelor suplimentare se repartizează proporțional spitalelor pe baza formulei de mai sus. Suma suplimentară ce poate fi contractată de casa de asigurări de sănătate cu fiecare spital poate varia cu până la +/- 30% față de suma suplimentară repartizată proporțional spitalelor, în funcție de particularitățile de la nivel local.

a4) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere:

a4.1 - numărul de cazuri externate calculat la suma minimă = $S_m / (ICM \times TCP \text{ aferente fiecărui spital})$; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4.2. Număr de cazuri externate suplimentar contractat/spital = $(\text{Suma suplimentară contractată} / (ICM \times TCP \text{ aferente spitalului și prevăzute în anexa 17 A}))$; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuti, cu modificările și completările ulterioare.

a4.3. Evaluarea spitalului în vederea acordării punctajului aferent se realizează în funcție de:

- a4.3.1. Număr linii de gardă:**
- a) 1 linie de gardă 0,5 puncte
 - b) 2 linii de gardă, din care una medicală și una chirurgicală, asigurate de medici specialiști 0,8 puncte
 - c) peste 3 linii de gardă 1 punct
- a4.3.2. Linie de gardă de terapie intensivă:**
- a) 1 linie de gardă de TI 1 punct
 - b) 2 linii de gardă de TI și peste 2 puncte
- a4.3.3. Complexitatea serviciilor medicale - analize de laborator:**
- a) a efectuat în anul 2012 sub 50% din numărul (poziții) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 1723/950/2011 0,4 puncte
 - b) a efectuat în anul 2012 peste 50% din numărul (poziții) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 1723/950/2011 0,8 puncte
 - c) a efectuat în anul 2012 cu peste 10% mai multe servicii decât numărul (poziții) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 1723/950/2011 1 punct
 - d) are certificat de calitate ISO 15189 3 puncte
- a4.3.4 Complexitatea serviciilor medicale - radiologie și imagistică medicală:**
- a) radiologie clasică 0,5 puncte
 - b) Rx + CT 1 punct
 - c) Rx + CT + Scintigrafie 1,3 puncte
 - d) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie/RMN 1,6 puncte
 - e) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie + RMN 2 puncte
 - f) are certificat de calitate ISO 9001:2008 3 puncte
- a4.3.5 Blocul operator**
- a) 1 sală și 1 medic anestezist 0,3 puncte
 - b) peste 2 săli și 1 medic anestezist 0,5 puncte
 - c) orice multiplu întreg de 2 săli și 1 medic anestezist aduce câte 0,2 puncte în limita a maxim 2 puncte.
- a4.3.6 Complexitatea ofertei de servicii**
- a) numai spitalizare continuă 0,7 puncte
 - b) spitalizare continuă și de zi 1 punct
 - c) spitalizare continuă, de zi și ambulatoriul integrat clinic 2 puncte
- a4.3.7 Folosirea protocoalelor proprii privind traseele clinice**
- a) nu folosesc 0 puncte
 - b) folosesc mai puțin de 5 protocoale pe secție/specialitate 1 punct
 - c) folosesc între 6 - 10 protocoale pe secție/specialitate 2 puncte
 - d) folosesc pentru mai mult de 20% din grupele de DRG raportate în anul 2012 3 puncte

Spitalele vor anexa protocoalele și analiza rezultatelor aplicării acestora.

În vederea stabilirii punctajelor, spitalele vor depune o autoevaluare potrivit datelor de mai sus, însoțită de documentele justificative și o declarație pe proprie răspundere că informațiile corespund realității. Casele de asigurări de sănătate, în cadrul controalelor efectuate la spitale vor verifica corectitudinea autoevaluării și vor diminua valoarea de contract a spitalului în mod corespunzător, conform punctajului acordat, dacă se constată neconcordanțe la nivelul spitalului.

a4.4 Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a5) Indicele de case-mix pentru anul 2013 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a6) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2013 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin și se stabilește pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, limitele superioare și inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 17 B la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a7) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2012 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri și îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2013, în funcție de numărul de paturi aprobat, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național la spitalul/secția/compartimentul respectiv și de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată –ani, se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

4. Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2012 pentru care nu se justifică internarea.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr de paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul – cadru;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă, cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat $\leq 1/3 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1.380$) și nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare-

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat $\leq 1/5 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1.380$) și nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 30% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu următoarele excepții:

- unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate, dar nu mai mult de 50%;

- institutelor de boli cardiovasculare care derulează programe naționale de sănătate, pentru care se poate depăși limita de 50%;

(2) Sumele de la lit. c) și d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) și f) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat.

Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, și sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, a căror plată se face prin tarif pe caz rezolvat, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat / tarifului mediu pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

(5) Pentru cazurile internate în spitalizare continuă, ca și cazuri de urgență, prin structurile de urgență organizate la nivelul spitalului, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare, investigațiile paraclinice care nu au fost efectuate la nivelul structurilor de urgență vor fi efectuate în maxim 24 de ore de la data internării.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în regim ambulatoriu de către unitățile sanitare cu paturi, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora, și de către furnizorii de servicii medicale - investigații paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Diferența de 10% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 9% pentru:

a.1. - decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru,

a.2. - decontarea cazurilor externe prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,

a.3. alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz, inclusiv regularizări trimestriale pentru serviciile / cazurile rezolvate prin spitalizare de zi.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă numai pentru spitalele care nu sunt beneficiare ale Programului pentru îngrijirea cazurilor critice a cărui finanțare este asigurată din bugetul Ministerului Sănătății. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

- prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,

- consum de materiale sanitare cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului.

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a spitalului / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

În situația în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a.

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2									
Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39
Rata respirației (respirații/min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5
Oxygenare (kPa)*:									
FiO ₂ > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
A-aDO ₂									
FiO ₂ < 50% PaO ₂					> 9.3	8.1 - 9.3		7.3 - 8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20

Număr de leucocite (x 10 ⁹ /l)	> 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1 - 2.9		< 1
Alte variabile:	- Scala de comă Glasgow - Vârsta				- Boli cronice - Statut chirurgical				

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația servicii medicale spitalicești, inclusiv sumele care nu au fost contractate inițial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2013. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare atât prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cu modificările și completările ulterioare, cât și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați în perioada de la începutul anului și până la sfârșitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2013, prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin; pentru cazurile rezolvate prevăzute la Cap. I lit. A din anexa nr. 16 la ordin, tariful pe caz ponderat este 75% din tariful pe caz ponderat prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin.

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz

- TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în anexa nr. 17 A la ordin, respectiv 75% din tariful pe caz ponderat prevăzut în anexa nr. 17A la ordin pentru cazurile rezolvate prevăzute la Cap. I lit. A din anexa nr. 16 la ordin

- coeficientul k al cazurilor externate extreme - ca durată de spitalizare, cu excepția cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din anexa nr. 16 la ordin. Acest coeficient se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru fiecare trimestru în parte, cu excepția cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din anexa nr. 16 la ordin. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 B la ordin.

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecțiuni acute.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate, dar nu mai mult de 30% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, acuți.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, respectiv la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz rezolvat/serviciului medical efectuate în regim de spitalizare de zi.

Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, în limita economiilor realizate de celelalte spitale la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate este peste cea contractată, și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi este mai mică decât suma contractată pentru spitalizare de zi, în limita economiilor realizate din spitalizarea de zi se pot accepta la decontare un număr de cazuri externate prin spitalizare continuă acuți, în ordinea cronologică a datei de externare.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată pentru spitalizare de zi, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.3., în acest sens fiind încheiat un act adițional.

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică - distrofici, neonatologie - prematuri mici și foarte mici și TBC, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăși durată optimă pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

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

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situația în care asiguratul este transferat în aceeași unitate sanitară, de la o secție la alta de același profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani, decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienței managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractați și realizați pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către ordonatorul de credite ierarhic superior și transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobat/avizate de Ministerul Sănătății, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecțiuni acute.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor

realizate pentru continuă acuți se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate, dar nu mai mult de 30% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, acuți.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile economiilor realizate de celelalte spitale la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și, validate este peste cea contractată, și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi este mai mică decât suma contractată pentru spitalizare de zi, în limita economiilor realizate din spitalizarea de zi se pot accepta la decontare un număr de cazuri externate prin spitalizare continuă acuți, în ordinea cronologică a datei de externare.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.3, în acest sens fiind încheiat act adițional.

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

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinație;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin, în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, în limita sumei contractate și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât și pentru spitalizare de zi.

Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat $\leq 1/3 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1.380$) și nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat $\leq 1/5 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1.380$) și nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

NOTĂ:

Numărul de cazuri rezolvate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, și neinternate, pe care le decontează casele de asigurări de sănătate nu poate depăși numărul de cazuri internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență pentru care se face dovada unor intervenții diagnostice și terapeutice, necesare rezolvării cazurilor respective.

(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 fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează – la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), decontarea cazurilor transferate de la o unitate sanitară privată cu paturi către o unitate sanitară publică cu paturi se realizează – la unitatea sanitară privată cu paturi - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează unităților sanitare publice cu paturi cazurile transferate de la unitățile sanitare private cu paturi, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, unitățile sanitare private fiind obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale 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. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 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 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Trimestrial, la nivelul fiecărui spital care a contractat cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale spitalicești atât pentru afecțiuni acute cât și pentru afecțiuni cronice, după regularizarea trimestrială realizată conform alin. (1) lit. a) și c), casa de asigurări de sănătate poate efectua o regularizare a cazurilor realizate, raportate și validate, în limita valorii de contract, între cele două tipuri de îngrijiri: acute și cronice.

ART. 10 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind 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, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigații paraclinice pentru pacienții internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

c) suma aferentă consultațiilor 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; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

ART. 11 (1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabileste de fiecare unitate sanitara furnizoare de servicii spitalicesti. Pentru unitatile sanitare publice cu paturi contributia personala a asiguratilor pentru aceste servicii este de maxim 300 lei/zi.

(2) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul de servicii ce se acordă persoanelor care se asigură facultativ. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și serviciile medicale spitalicești de lungă durată – ani și pentru serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența.

c) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoare coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești pentru care se încasează coplată;

(4) Categoriile de asigurați scutite de coplată prevăzute la art. 213¹ din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și documente și/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplinește condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme în anexa 17 D.

ART. 12 (1) Spitalele inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu și fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituției.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților conform fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, numai în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;

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

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienților internați. Fișele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanță se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situația în care spitalele nu dețin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcțională, pentru pacienții internați cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanță prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță. La fișa de

solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 (1) Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informații care trebuie să se regăsească și în foaia de observație clinică generală la epicriză.

(2) Spitalele, odată cu raportarea lunară, vor transmite casei de asigurări de sănătate pentru nou-născuții prematur, greutatea la naștere, precum și data la care a ajuns la greutatea de 2500 de grame;

În situația în care la o greutate de peste 2.500 grame medicul nu consideră oportună externarea acesta va fi transferat pe secția de neonatologie acuti.

În situația în care, la o greutate a nou-născutului de peste 2.500 grame, medicul nu consideră oportună externarea sau transferul pe secția de neonatologie acuti, tariful pe zi de spitalizare se diminuează cu 50%.

ART. 15 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, 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 justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, 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 justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale 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.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină

dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare și cu centrele de dializa private în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 37 la ordin.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, respectiv autorităților administrației publice locale, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ai ministerului de resort, ai autorităților administrației publice locale, după caz, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală spitalicească, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare și a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16 A la ordin;

**LISTA SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ
REZOLVAT, ICM ȘI TCP VALABIL PENTRU ANUL 2013**

Nr. crt.	Cod spital	Denumire spital	ICM pentru anul 2013	TCP pentru anul 2013
1	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1.1279	1444
2	AB02	Spitalul de Boli Cronice Campeni	0.9219	1380
3	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1174	1380
4	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0.8331	1380
5	AB05	Spitalul Municipal Aiud	0.9269	1380
6	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	0.9568	1380
7	AB08	Spitalul Municipal Sebes	0.8852	1380
8	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0.8241	1380
9	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	0.7690	1380
10	AG01	Spitalul Judetean Pitesti	1.2424	1600
11	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	1.0234	1600
12	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Campulung	0.8233	1380
13	AG05	Spitalul Municipal Campulung	0.9280	1380
14	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	1.2817	1380
15	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0.9231	1380
16	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0.8275	1380
17	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf Maria Vedea	1.2894	1380
18	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf Andrei" Valea Iasului	0.7665	1380
19	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni	0.9354	1380
20	AG22	Dr. Irimia S.R.L.	0.5175	1380
21	AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1.0469	1600
22	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0.8593	1380
23	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	0.6928	1380
24	AR07	Spitalul Orasenesc Sebis	0.6389	1380
25	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chisineu-Cris	0.8366	1380
26	AR20	Centrul Medical Laser System	0.8456	1380
27	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.	0.8117	1380
28	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0.9438	1442
29	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1.4240	1800
30	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatrice si Arsuri Bucuresti	2.2071	2230
31	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0.7779	1510
32	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1.2476	1600
33	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0.7830	1600
34	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0.6213	1380

35	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0.6860	1600
36	B_100	S.C. Binafarm S.R.L.	0.3390	1380
37	B_101	Tinos Clinic SRL	0.9866	1380
38	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.	0.7183	1380
39	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.	0.8604	1380
40	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0.7578	1800
41	B_113	SC Delta Health	1.0854	1380
42	B_116	Sanador	1.4579	1380
43	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0.9035	1600
44	B_121	Clinica de angiografie si terapie endovasculara Hemodinamic	0.4227	1380
45	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1.1687	1380
46	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1.1746	1600
47	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1.1542	1825
48	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1.4120	1380
49	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	1.1438	1808
50	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2.2980	1600
51	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1.0248	1600
52	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0.9723	1600
53	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	1.1920	1380
54	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1.5293	1380
55	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	0.9896	1380
56	B_27	Spitalul clinic de psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucuresti	1.2956	1380
57	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1.0067	1600
58	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1.2666	1600
59	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghel" Bucuresti	0.9852	1658
60	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1.3957	1600
61	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1.0682	1800
62	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	0.7737	1600
63	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	2.0018	1600
64	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1.2180	1600
65	B_38	Centrul de Evalure și Tratament a Toxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	1.1021	1380
66	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf.Stefan"	0.8323	1380
67	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	1.3866	1580
68	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	0.8964	1380

69	B_47	Institutul National de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucuresti	1.0759	1600
70	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1.5835	1600
71	B_50	Centrul de Sanatate RATB	0.7621	1380
72	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	1.0635	1600
73	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr.C.Gorgos"	1.3629	1380
74	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	0.7400	1380
75	B_95	Euroclinic Hospital S.A.	0.8468	1380
76	B_96	SC Med Life SA	0.5447	1380
77	B_97	Clinica Sf. Lucia S.R.L.	0.7627	1380
78	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	0.9636	1600
79	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacau	0.7831	1380
80	BC03	Spitalul Municipal Onesti	1.0550	1380
81	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0.9161	1380
82	BC05	Spitalul Orasenesc "Ioan Lascar" Comanesti	0.8334	1380
83	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1.0306	1380
84	BC08	Spitalul Comunal Podul Turcului	0.6763	1380
85	BC14	Clinica Palade Bacau	0.7154	1380
86	BC15	S.C. Eldimedmaterna S.R.L.	0.4269	1380
87	BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	1.0334	1600
88	BH02	Spitalul Clinic Municipal "dr. Gavril Curteanu" Oradea	1.0245	1380
89	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	0.9901	1380
90	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0.8996	1380
91	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0.8440	1380
92	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	1.1105	1380
93	BH12	Spitalul Municipal Salonta	0.9068	1380
94	BH 13	Spitalul Orășenesc Ștei	0.6841	1380
95	BH14	Spitalul de Psihiatrie Stei	0.9526	1380
96	BH26	Spitalul Pelican Oradea	1.2996	1380
97	BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0.9713	1444
98	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0.7189	1380
99	BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0.7611	1380
100	BN08	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Sanovil	0.9112	1380
101	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1.3371	1444
102	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0.7504	1380
103	BR07	Spitalul "Sf.Pantelimon" Braila	1.2540	1380
104	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Braila	0.8876	1380
105	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	0.9545	1444
106	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botosani	0.5724	1380
107	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0.7701	1380
108	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botosani	0.9534	1380
109	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	1.1230	1600
110	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	0.8040	1380
111	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1.1038	1600

112	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1.3911	1380
113	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Brasov	0.7396	1380
114	BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0.8389	1380
115	BV08	Spitalul Municipal Codlea	0.8665	1380
116	BV 09	Spitalul Municipal Săcele	0.8082	1380
117	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0.7244	1380
118	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0.7481	1380
119	BV13	Spitalul de Psihiatrie și Neurologie Brasov	1.0642	1380
120	BV17	S.C. Rur Medical S.R.L.	0.7074	1380
121	BV18	Clinicile ICCO SRL	1.7789	1380
122	BV20	S.C. Vitalmed Center SRL	0.5956	1380
123	BV21	Spitalul Teo Health SA	1.0645	1380
124	BV22	Clinica Newmedics	0.8035	1380
125	BV23	S.C. Centrul Medical Unireal S.R.L. Brasov	0.8543	1380
126	BZ01	Spitalul Judetean Buzau	0.9899	1444
127	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	0.8361	1380
128	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0.7431	1380
129	BZ09	Spitalul de Psihiatrie și Pentru Masuri de Siguranta Sapoca	1.0255	1380
130	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1.2355	1800
131	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie Cluj-Napoca	1.5806	1600
132	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	1.1484	1600
133	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	1.3954	1600
134	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1.3843	1380
135	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	0.8094	1380
136	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1.1310	1380
137	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1.1521	1800
138	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2.1298	1600
139	CJ10	Spitalul Municipal Dej	0.9046	1380
140	CJ11	Spitalul Municipal Turda	0.9693	1380
141	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0.7332	1380
142	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	1.0224	1380
143	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	0.8130	1380
144	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0.6864	1839
145	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0.9564	1444
146	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0.6575	1380
147	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0.7583	1380
148	CL06	Spitalul de Psihiatrie Sapunari	1.2774	1380
149	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Calarasi	1.2011	1380
150	CS01	Spitalul Judetean Resita	1.1481	1444
151	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0.9344	1380
152	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0.7173	1380
153	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0.6770	1380

154	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0.7429	1380
155	CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1.2376	1800
156	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0.9325	1380
157	CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0.5751	1380
158	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0.9823	1380
159	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	0.8282	1380
160	CT08	Spitalul de Ortopedie Traumatologie și Recuperare Medicală Eforie Sud	0.6808	1380
161	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1.4522	1380
162	CT18	S.C. Medical Analysis	0.9704	1380
163	CT19	Centrul Medical Medstar 2000	1.2086	1380
164	CT20	Euromaterna	1.1012	1380
165	CT22	Isis Medical Center	0.9676	1380
166	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	1.1009	1444
167	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	0.8358	1380
168	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0.6472	1380
169	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	0.4949	1380
170	CV08	Spitalul de Obst.- Ginecologie-Chirurgie Generala	0.5999	1380
171	DB01	Spitalul Judetean Targoviste	1.1523	1444
172	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0.8942	1380
173	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0.9574	1380
174	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0.9155	1380
175	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1.0855	1800
176	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0.8079	1380
177	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	0.9295	1380
178	DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0.8714	1380
179	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	1.0435	1380
180	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0.7288	1380
181	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0.7486	1380
182	DJ13	Spitalul Orasenesc "Asezamintele Brancovenesti" Dabuleni	0.6932	1380
183	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	1.1497	1380
184	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	1.0731	1380
185	DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1.0928	1600
186	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	0.8891	1444
187	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.8735	1380
188	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	0.9948	1380
189	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0.8562	1380
190	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0.9355	1380
191	GJ06	Spitalul Orășenesc Bimbești-Jiu	0.9686	1380
192	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	0.7865	1380
193	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0.6728	1380
194	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	1.1325	1600

195	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	0.9488	1600
196	GL03	Spitalul de Psihiatrie "Elisabeta Doamna" Galati	1.0756	1380
197	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0.7423	1380
198	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galati	0.8755	1380
199	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1.1681	1380
200	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0.7314	1380
201	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	0.7507	1380
202	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0.9302	1444
203	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0.7715	1380
204	HD01	Spitalul Judetean Deva	1.2493	1600
205	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1.1635	1380
206	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1.1399	1380
207	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1.0132	1380
208	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0.9171	1380
209	HD07	Spitalul Municipal Brad	0.8642	1380
210	HD08	Spitalul Municipal Orastie	0.9086	1380
211	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0.8733	1380
212	HD18	Spitalul de Psihiatrie și pentru Masuri de Siguranta Zam	1.0963	1380
213	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1.0447	1444
214	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1.0395	1380
215	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0.8144	1380
216	HR04	Spitalul Municipal Toplita	0.9054	1380
217	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulghes	1.2686	1380
218	IF01	Spitalul Orașenesc "Dr. Maria Burghel" Buftea	0.9688	1380
219	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	1.3357	1380
220	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	0.8647	1444
221	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	1.0490	1444
222	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0.8510	1380
223	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0.6464	1380
224	IL04	Spitalul Orașenesc Țândărei	0.6031	1380
225	IS01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Sf. Spiridon Iasi	1.2856	1800
226	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	0.9474	1600
227	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2.4199	1600
228	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	1.2414	1726
229	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	1.0942	1600
230	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0.6653	1380
231	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iasi	1.1303	1380
232	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iasi	1.2277	1380
233	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1.0837	1380
234	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1.9260	1600
235	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iasi	0.7561	1380
236	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	0.6363	1380

237	IS14	Spitalul Municipal Pascani	0.8798	1380
238	IS28	Spital Providenta	0.6653	1380
239	IS30	Arcadia Hospital	0.6974	1380
240	IS31	Arcadia Cardio	1.5316	1380
241	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iasi	1.4397	1800
242	M01	Spitalul Militar de Urgenta 'Regina Maria' Brasov	0.9840	1380
243	M02	Spitalul Militar de Urgenta "Dr.Stefan Odobleja"	0.9973	1380
244	M03	Spitalul Militar de Urgenta Cluj-Napoca	1.1447	1380
245	M04	Spitalul Militar de Urgenta Galati	0.9189	1380
246	M05	Spitalul Militar De Urgenta Dr. Victor Popescu Timisoara	0.9156	1380
247	M06	Spitalul Militar de Urgenta Avram Iancu Oradea	0.9934	1380
248	M07	Spitalul Clinic de Urgenta Militar Central	0.9992	1444
249	M08	Spitalul Militar de Urgenta Iasi	1.1090	1380
250	M09	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu	0.9487	1380
251	M10	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Ion Jianu” Pitesti	1.0104	1380
252	M11	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta	0.9491	1380
253	M12	Spitalul Militar de Urgenta Focsani	0.8114	1380
254	M13	Centrul Clinic de Urgenta de Boli Cardiovasculare "Dr. Constantin Zamfir"	1.8371	1600
255	M14	Spitalul de Urgenta "Prof.dr. Dimitrie Gerota"	1.0851	1444
256	M15	Spitalul Militar de Urgenta "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"	1.0740	1444
257	M16	Spitalul "Prof.dr. Constantin Angelescu"	0.8775	1380
258	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	0.9999	1444
259	MH02	Spitalul Municipal Orsova	0.7461	1380
260	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0.6577	1380
261	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1.2507	1600
262	MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1.2151	1380
263	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare	1.0533	1380
264	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0.9368	1380
265	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	0.8823	1380
266	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0.8557	1380
267	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	0.7782	1380
268	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0.8761	1380
269	MM12	SC Euromedica Hospital S. A.	1.4339	1380
270	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1.7909	1800
271	MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1.3190	1444
272	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1.0736	1380
273	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0.9199	1380
274	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0.8734	1380
275	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	1.0345	1380
276	MS11	Centrul de Sanatate Sangeorgiu de Padure	0.5952	1380

277	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL	0.8315	1380
278	MS16	S.C. Centrul Medical Topmed S.R.L.	1.0614	1380
279	MS18	SC Cardio Med SRL	2.1663	1380
280	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	1.0230	1380
281	MS20	S.C. Cosmex S.R.L.- Centrul Medical Puls	1.3038	1380
282	MS21	Spitalul Sovata-Niraj	0.7233	1380
283	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1.1256	1444
284	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	1.1161	1380
285	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	0.8790	1380
286	NT07	Sanatoriul TBC Bisericani	0.8056	1380
287	OT01	Spitalul Judetean Slatina	1.0980	1444
288	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	1.0326	1380
289	OT03	Spitalul Municipal Caracal	1.0472	1380
290	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0.8858	1380
291	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	0.9921	1600
292	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0.7894	1380
293	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0.9101	1380
294	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0.7109	1380
295	PH07	Spitalul Municipal Campina	0.8526	1380
296	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0.6706	1380
297	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0.6655	1380
298	PH 01	Spitalul Orășenesc Urlați	0.6886	1380
299	PH102	Spitalul De Pneumoftiziologie Drajna	0.8502	1380
300	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0.7093	1380
301	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	1.3068	1380
302	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	0.7801	1380
303	PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	0.8382	1380
304	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti	0.8323	1380
305	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	0.9990	1380
306	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0.7679	1600
307	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1.2379	1600
308	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	1.1198	1380
309	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	0.7938	1380
310	SB04	Spitalul Municipal Medias	0.9885	1380
311	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0.8260	1380
312	SB06	Spitalul Orășenesc Cisnădie	0.8020	1380
313	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1.4437	1600
314	SB10	Centrul Medical Poliano	1.1486	1380
315	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1.2192	1444
316	SJ02	Spitalul Orasenesc "prof. Dr. Ioan Puscas" Simleu Silvaniei	0.7735	1380
317	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0.7625	1380
318	SJ10	S. C. Salvosan Ciobanca I.S.R.L.	0.9644	1380
319	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	0.9794	1444
320	SM04	Spitalul Municipal Carei	0.9341	1380

321	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0.8393	1380
322	SM08	Gynoprax	0.7208	1380
323	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1.2296	1600
324	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	0.9422	1380
325	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0.8292	1380
326	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0.7024	1380
327	SV05	Spitalul Municipal Radauti	0.9481	1380
328	SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0.6432	1380
329	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7139	1380
330	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	1.1651	1380
331	SV12	Spitalul de Psihiatrie Campulung Moldovenesc	1.2630	1380
332	SV17	Spitalul Bethesda Suceava	0.9211	1380
333	T01	Spitalul General CF 2 Bucuresti	0.9325	1380
334	T02	Spitalul Universitar CF Witing	0.6808	1380
335	T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0.8818	1380
336	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	0.8073	1392
337	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0.8301	1380
338	T06	Spitalul Universitar C.F. Iasi	1.0700	1380
339	T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0.7344	1380
340	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	1.0053	1380
341	T09	Spitalul General CF Brasov	0.8898	1380
342	T10	Spitalul C.F.R. Galati	0.8707	1380
343	T11	Spitalul General CF Ploiesti	0.7402	1380
344	T12	Spital General CF Sibiu	0.7543	1380
345	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0.8332	1380
346	T14	Spitalul General CF Pascani	0.6077	1380
347	T15	Spitalul General CF Simeria	0.8449	1380
348	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0.9382	1444
349	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0.8366	1380
350	TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1.4721	1800
351	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1.1295	1600
352	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1.1757	1600
353	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftziologie "Dr. V. Babes"	1.3099	1481
354	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1.8450	1600
355	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1.0029	1380
356	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0.5757	1380
357	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0.8803	1380
358	TM11	Spitalul Orasenesc Samnicolau Mare	0.8356	1380
359	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0.6447	1380
360	TM15	Spitalul de Psihiatrie și pentru Masuri de Siguranta Gataia	1.2747	1380
361	TM16	Spitalul de Psihiatrie și pentru Masuri de Siguranta Jebel	0.9419	1380
362	TM17	Centrul Clinic de Evaluare și Recuperare pentru Copii și Adolescenti Cristian Serban Buzias	0.6380	1380

363	TM19	S.C. Brol Medica Center S.R.L.	0.7590	1380
364	TM21	S.C. Gynatal S.R.L.	0.9102	1380
365	TM22	Centrul De Oncologie Oncohelp	0.7611	1380
366	TM23	Athena Hospital	0.8934	1380
367	TM24	S.C. Medicorclinics S.R.L.	0.9535	1380
368	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0.8928	1444
369	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0.6072	1380
370	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0.8420	1380
371	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0.5932	1380
372	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede	0.8346	1380
373	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	1.1677	1380
374	TR12	Spitalul Orasenesc Videle	0.6103	1380
375	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	0.9717	1444
376	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0.8085	1380
377	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0.7275	1380
378	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0.7148	1380
379	VL11	SC Incarmed SRL Ramnicu Valcea	0.7105	1380
380	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	1.0171	1444
381	VN02	Spitalul Municipal Adjud	0.8082	1380
382	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0.8636	1380
383	VN07	Spitalul Comunal Vidra	0.5961	1380
384	VN09	Spital Materna SRL	1.0387	1380
385	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	1.0277	1444
386	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	1.0509	1380
387	VS04	Spitalul Municipal Husi	1.0324	1380
388	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	0.6751	1380

Metodologia de stabilire a ICM-ului și TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicești:

Stabilirea TCP-ului pentru anul 2013 este cea prevazuta in Ordinul 862/2011, cu modificarile si complatarile ulterioare

CM -ul pentru anul 2013 este cel avut in vedere la contractare in anul 2012.

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majoră de diagnostic	Denumire categorie majoră de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli și tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	CMD 04	Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli și tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	CMD 08	Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânelui
10	CMD 10	Boli și tulburări endocrine, nutriționale și metabolice
11	CMD 11	Boli și tulburări ale rinichiului și tractului urinar
12	CMD 12	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcină, naștere și lăuzie
15	CMD 15	Nou-născuți și alți neonatali
16	CMD 16	Boli și tulburări ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice și neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infecțioase și parazitare
19	CMD 19	Boli și tulburări mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri

23	CMD 23	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24		DRG abatere

ANEXA 17 B II

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Categoria majoră de diagnostic (CMD)

B - Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A)

C - Limita inferioară a DS

D - Limita superioară a DS

E - Mediana DS în secțiile ATI, național

Nr. crt.	A	B	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	C	D	E
1	24	C	91010	Proceduri extinse în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal	2.7534	9.22	2	35	1.0
2	24	C	91020	Proceduri neextinse în sala de operații, neînrudite cu diagnosticul principal	1.4365	6.48	1	24	1.0
3	24	C	91030	Proceduri în sala de operații ale prostatei neînrudite cu diagnosticul principal	3.4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0.6490	-	-	-	-
5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-	-	-
6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea	2.3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0.0000	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plămân/inimă sau plămân	0.0000	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inimă	0.0000	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilație > 95 ore	14.2331	16.65	2	68	7.0
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de măduvă osoasă	0.0000	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de măduvă osoasă cu CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-

13	0	C	A1062	Transplant autolog de măduvă osoasă fără CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fără transplant de pancreas fără CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporală fără chirurgie cardiacă	28.5797	9.20	2	32	3.5
17	0	A	A2021	Intubație vârsta < 16 cu CC	4.1332	-	-	-	-
18	0	A	A2022	Intubație vârsta < 16 fără CC	1.6508	6.37	1	21	1.0
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	11.53	3	37	1.0
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	13.79	3	48	1.0
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	13.12	3	40	1.0
22	1	C	B1023	Craniotomie fără CC	2.5833	12.16	3	43	1.0
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul coloanei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	10.49	3	27	1.0
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul coloanei vertebrale fără CC catastrofale sau severe	2.0414	7.69	3	19	1.0
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	9.03	3	25	1.0
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fără CC catastrofale sau severe	1.4176	6.63	1	27	1.0
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	4.21	1	13	0.0
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie cu CC	4.3915	9.31	2	33	1.0

				catastrofale sau severe					
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie fără CC catastrofale sau severe	0.7561	6.68	2	24	1.0
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	5.64	2	17	1.0
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos fără CC	0.7120	4.80	1	15	1.0
32	1	A	B2010	Plasmafereză cu boli neurologice	0.8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrică EEG	0.8317	8.70	2	30	2.0
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofale	5.0342	11.08	1	50	4.0
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofale	1.5122	8.46	2	30	1.0
36	1	M	B3021	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	4.8704	8.10	2	29	1.0
37	1	M	B3022	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	1.2601	7.49	2	24	1.0
38	1	M	B3030	Internare pentru afereză	0.1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Demență și alte tulburări cronice ale funcției cerebrale	1.7957	11.27	2	41	3.0
40	1	M	B3051	Delir cu CC	1.7579	-	-	-	-

				catastrofale					
41	1	M	B3052	Delir fără CC catastrofale	0.8884	12.51	3	38	2.0
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrală	0.3339	5.67	2	15	4.0
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	7.22	1	30	2.0
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.7624	4.90	1	19	2.0
45	1	M	B3081	Tulburări degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	8.86	2	28	4.0
46	1	M	B3082	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	0.8821	7.36	2	22	4.0
47	1	M	B3083	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.4032	6.07	1	23	2.0
48	1	M	B3091	Scleroză multiplă și ataxia de origine cerebeloasă cu CC	1.8776	7.12	2	20	5.0
49	1	M	B3092	Scleroză multiplă și ataxia de origine cerebeloasă fără CC	0.3591	5.75	2	16	9.0
50	1	M	B3101	AIT și ocluzie precerebrală cu CC catastrofale sau severe	0.9766	7.10	2	19	5.0
51	1	M	B3102	AIT și ocluzie precerebrală fără CC catastrofale sau severe	0.4284	6.25	2	17	4.0
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	12.17	3	39	5.0
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	9.28	3	27	5.0
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fără CC catastrofale sau severe	1.0585	7.81	2	23	4.0
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau	0.3969	1.83	1	5	1.0

				transferat < 5 zile					
56	1	M	B3121	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici cu CC	1.2223	6.63	2	17	3.0
57	1	M	B3122	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici fără CC	0.2520	6.04	2	18	1.0
58	1	M	B3131	Infecții ale sistemului nervos cu excepția meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	10.78	2	43	6.0
59	1	M	B3132	Infecții ale sistemului nervos cu excepția meningitei virale fără CC catastrofale sau severe	1.1467	7.56	2	30	6.0
60	1	M	B3140	Meningită virală	0.6175	9.27	1	42	10.0
61	1	M	B3150	Stupoare și comă non-traumatică	0.5482	4.68	1	18	2.0
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.68	2	13	1.0
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	6.00	2	18	2.0
64	1	M	B3172	Atacuri fără CC catastrofale sau severe	0.3717	5.34	1	17	1.0
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	4.69	1	15	2.5
66	1	M	B3191	Leziune intracraniană cu CC catastrofale sau severe	1.9973	6.40	1	26	2.0
67	1	M	B3192	Leziune intracraniană fără CC catastrofale sau severe	0.8191	3.94	1	13	1.0
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	5.07	1	17	1.0
69	1	M	B3210	Altă leziune a capului	0.2394	3.19	1	9	1.0
70	1	M	B3221	Alte tulburări ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	6.09	2	19	2.5
71	1	M	B3222	Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.5545	8.42	1	33	1.0
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale	1.2853	5.37	2	15	1.0

				ochiului					
73	2	C	C1020	Enucleeri și proceduri ale orbitei	1.1278	4.19	1	11	1.0
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.71	1	6	1.0
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0.8884	5.49	3	11	1.0
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	4.01	1	13	1.0
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.66	1	6	1.0
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.71	1	11	1.0
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0.4158	3.26	1	9	1.0
80	2	C	C1090	Proceduri privind căile lacrimare	0.2835	4.29	1	12	1.0
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.3150	3.16	1	9	1.0
82	2	C	C1111	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei	0.8191	4.00	2	9	1.0
83	2	C	C1112	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	3.25	1	7	1.0
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infecții oculare acute și majore vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	5.73	2	14	4.0
87	2	M	C3012	Infecții oculare acute și majore vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.7057	4.15	2	11	0.5
88	2	M	C3020	Tulburări neurologice și vasculare ale ochiului	0.4347	5.65	2	17	1.0
89	2	M	C3030	Hifema și traume oculare tratate medical	0.2898	4.32	1	13	1.0

90	2	M	C3041	Alte tulburări ale ochiului cu CC	0.7498	4.57	2	12	1.0
91	2	M	C3042	Alte tulburări ale ochiului fără CC	0.2961	3.79	1	12	1.0
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	-	-	-	-
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului și gâtului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	6.80	2	20	1.0
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului și gâtului cu stare malignă sau CC moderate	1.8335	8.96	2	32	1.0
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului și gâtului fără stare malignă fără CC	1.1152	9.24	2	36	1.0
96	3	C	D1030	Cura chirurgicală a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	8.64	3	23	1.0
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-facială cu CC	1.6193	5.58	2	17	1.0
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-facială fără CC	0.9325	5.30	1	17	1.0
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	8.57	3	21	1.0
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei și urechii medii	0.8947	7.23	2	19	1.0
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0.5671	5.14	2	14	1.0
102	3	C	D1080	Proceduri nazale	0.5293	5.00	2	13	1.0
103	3	C	D1090	Amigdalectomie și/sau adenoidectomie	0.4284	3.03	1	8	1.0
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0.6427	4.24	1	12	1.0
105	3	C	D1110	Miringotomie cu inserție de tub	0.2457	5.53	1	18	1.0
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii și glandei salivare	0.4978	4.27	1	12	1.0
107	3	A	D2010	Extracții dentare și restaurare	0.3402	3.64	1	10	1.0

108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afecțiuni ORL	0.2016	-	-	-	-
109	3	M	D3011	Stare malignă a urechii, nasului, gurii și gâtului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	7.64	1	28	1.0
110	3	M	D3012	Stare malignă a urechii, nasului, gurii și gâtului fără CC catastrofale sau severe	0.5608	6.26	1	22	1.0
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.94	2	16	3.0
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	4.73	2	12	1.5
113	3	M	D3041	Otita medie și infecție a căilor respiratorii superioare cu CC	0.5293	5.03	2	12	2.0
114	3	M	D3042	Otita medie și infecție a căilor respiratorii superioare fără CC	0.3024	4.69	2	12	1.0
115	3	M	D3050	Laringotraheita și epiglotita	0.2394	5.03	2	12	2.0
116	3	M	D3060	Traumatism și diformitate nazale	0.2583	3.94	1	11	1.0
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul cu CC	0.6490	5.19	2	13	1.0
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul fără CC	0.2457	4.91	1	15	1.0
119	3	M	D3081	Tulburări orale și dentare cu excepția extracțiilor și reconstituirilor	0.5293	4.39	1	13	1.0
120	3	M	D3082	Tulburări orale și dentare cu excepția extracțiilor și reconstituirilor de zi	0.1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	12.75	2	47	1.0
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fără CC catastrofale	2.1989	8.99	2	35	1.0

123	4	C	E1021	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	4.73	1	16	1.0
124	4	C	E1022	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	5.26	1	16	1.0
125	4	C	E1023	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator fără CC catastrofale sau severe	0.6112	3.70	1	10	1.0
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.53	1	37	3.0
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilație neinvazivă	2.6337	8.09	1	41	1.0
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0.2016	-	-	-	-
129	4	M	E3011	Fibroză cistică cu CC catastrofale sau severe	2.6652	9.23	2	34	3.0
130	4	M	E3012	Fibroză cistică fără CC catastrofale sau severe	2.0036	5.04	1	16	21.0
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.58	2	37	2.0
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fără CC catastrofale sau severe	0.7876	9.16	2	32	3.0
133	4	M	E3031	Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale	1.6697	8.20	3	23	3.0
134	4	M	E3032	Infecții respiratorii/inflamații cu CC severe sau moderate	0.9703	7.50	3	19	2.0
135	4	M	E3033	Infecții respiratorii/inflamații fără CC	0.5608	7.27	2	20	2.0
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	5.68	1	19	1.0
137	4	M	E3050	Edem pulmonar și insuficiență respiratorie	0.8758	6.48	2	19	2.0

138	4	M	E3061	Boală cronică obstructivă a căilor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	8.51	3	21	4.0
139	4	M	E3062	Boală cronică obstructivă a căilor respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.6805	8.35	3	21	2.5
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta > 69 cu CC	1.4302	6.60	2	18	4.0
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta > 69 sau cu CC	0.7435	5.74	2	16	2.0
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta < 70 fără CC	0.4032	4.69	2	13	1.0
143	4	M	E3081	Semne și simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	6.73	2	23	3.0
144	4	M	E3082	Semne și simptome respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.3087	5.70	1	19	1.0
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	7.69	2	23	2.0
146	4	M	E3101	Bronșită și astm vârsta > 49 cu CC	0.7624	7.69	3	19	3.0
147	4	M	E3102	Bronșită și astm vârsta > 49 sau cu CC	0.5041	6.12	2	16	2.0
148	4	M	E3103	Bronșită și astm vârsta < 50 fără CC	0.3339	5.46	2	14	1.0
149	4	M	E3111	Tuse convulsivă și bronșiolită acută cu CC	1.0396	5.97	2	14	2.0
150	4	M	E3112	Tuse convulsivă și bronșiolită acută fără CC	0.5608	5.17	2	14	3.0
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	6.71	2	23	2.0
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	6.09	1	22	2.0
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fără CC	0.4725	5.39	1	20	1.0
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii apărute în perioada	0.9829	-	-	-	-

				neonatală					
155	4	M	E3141	Revărsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	9.69	2	34	3.0
156	4	M	E3142	Revărsat pleural cu CC severe	1.0396	8.89	2	29	2.5
157	4	M	E3143	Revărsat pleural fără CC catastrofale sau severe	0.6049	8.79	2	31	1.0
158	4	M	E3151	Boală interstițială pulmonară cu CC catastrofale	1.6760	6.79	3	15	3.0
159	4	M	E3152	Boală interstițială pulmonară cu CC severe	1.1530	6.19	3	14	2.0
160	4	M	E3153	Boală interstițială pulmonară fără CC catastrofale sau severe	0.6616	5.88	3	13	1.0
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta > 64 cu CC	0.9388	6.17	1	26	2.0
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta > 64 sau cu CC	0.6364	5.66	1	19	2.0
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta < 65 fără CC	0.3843	4.76	2	14	1.0
164	5	C	F1011	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	11.22	2	43	1.0
165	5	C	F1012	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fără CC catastrofale sau severe	6.3195	-	-	-	-
166	5	C	F1020	Implant/Înlocuire componenta AICD	6.3447	9.00	2	29	-
167	5	C	F1030	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB cu investigație cardiacă invazivă	8.8524	20.98	7	53	3.0
168	5	C	F1041	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigație cardiacă invazivă cu CC	6.1557	17.19	7	39	3.0

				catastrofale					
169	5	C	F1042	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale	4.3663	17.46	6	44	4.0
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigații cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	19.19	8	41	3.0
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigații cardiace invazive fără CC catastrofale	4.9397	19.48	7	45	3.0
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fără investigații cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	15.03	6	32	2.0
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fără investigații cardiace invazive fără CC catastrofale sau severe	3.0999	13.94	6	30	2.0
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7.5230	16.52	4	50	2.0
175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB fără CC catastrofale	4.5365	-	-	-	-
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstrucție vasculară fără pompa CPB cu CC catastrofale	5.2232	11.48	1	65	1.0
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstrucție vasculară fără pompa CPB fără CC catastrofale	2.5266	7.82	1	47	1.0
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fără pompa CPB cu CC catastrofale	4.1143	9.65	2	40	2.0
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fără pompa CPB fără CC catastrofale	2.6715	9.24	2	34	1.0
180	5	C	F1100	Intervenție coronară	1.8461	6.16	2	16	3.0

				percutanată cu IMA					
181	5	C	F1111	Amputație pentru sistemul circulator cu excepția membrului superior și a degetului de la picior cu CC catastrofale	5.9037	17.17	4	56	1.0
182	5	C	F1112	Amputație pentru sistemul circulator cu excepția membrului superior și a degetului de la picior fără CC catastrofale	2.9487	17.13	5	47	1.0
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.73	2	19	3.0
184	5	C	F1130	Amputație a membrului superior și a degetului pentru tulburări ale sistemului circulator	2.3375	14.12	3	48	1.0
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB cu CC catastrofale	3.1881	6.95	2	25	1.0
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB cu CC severe	1.3420	6.56	1	24	1.0
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB fără CC catastrofale sau severe	0.9388	5.27	1	17	1.0
188	5	C	F1150	Intervenție coronară percutanată fără IMA cu implantare de stent	1.2853	5.65	2	17	1.0
189	5	C	F1160	Intervenție coronară percutanată fără IMA fără implantare de stent	1.2538	5.35	1	17	1.0
190	5	C	F1170	Înlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	7.09	2	22	1.0
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptând înlocuirea dispozitivului	1.2160	6.39	2	20	0.5
192	5	C	F1190	Altă intervenție percutanată cardiacă	1.5689	-	-	-	-

				transvasculară					
193	5	C	F1200	Ligatura venelor și stripping	0.6616	5.82	2	18	1.0
194	5	C	F1211	Alte proceduri în sala de operații privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	6.92	1	27	2.0
195	5	C	F1212	Alte proceduri în sala de operații privind sistemul circulator fără CC catastrofale	1.2601	6.42	1	22	1.0
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	7.23	1	31	2.0
197	5	A	F2021	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.7327	7.01	2	22	2.5
198	5	A	F2022	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	1.0648	6.07	2	17	-
199	5	A	F2031	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă cu diagnostic principal complex	1.0396	4.92	1	15	5.0
200	5	A	F2032	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă fără diagnostic principal complex	0.5608	3.64	1	10	1.0
201	5	M	F3011	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.3609	8.52	2	28	2.0
202	5	M	F3012	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	0.6553	6.90	1	29	1.0

203	5	M	F3013	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă, decedat	0.7561	3.84	1	16	1.0
204	5	M	F3020	Endocardită infecțioasă	2.7471	18.49	2	98	4.5
205	5	M	F3031	Insuficiență cardiacă și șoc cu CC catastrofale	1.6886	7.30	2	21	2.0
206	5	M	F3032	Insuficiență cardiacă și șoc fără CC catastrofale	0.7561	6.64	2	17	2.0
207	5	M	F3041	Tromboză venoasă cu CC catastrofale sau severe	1.2538	8.24	3	21	4.0
208	5	M	F3042	Tromboză venoasă fără CC catastrofale sau severe	0.5734	7.37	3	19	6.0
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburări circulatorii	1.5689	8.96	3	22	3.0
210	5	M	F3061	Tulburări vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	6.90	2	22	2.0
211	5	M	F3062	Tulburări vasculare periferice fără CC catastrofale sau severe	0.4284	7.33	2	24	2.0
212	5	M	F3071	Ateroscleroză coronariană cu CC	0.5482	6.94	2	20	3.0
213	5	M	F3072	Ateroscleroză coronariană fără CC	0.2646	7.55	2	24	3.0
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.37	2	17	3.0
215	5	M	F3082	Hipertensiune fără CC	0.3528	6.66	2	20	3.0
216	5	M	F3090	Boală congenitală de inimă	0.3780	5.42	1	18	5.0
217	5	M	F3101	Tulburări valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	6.52	2	19	3.0
218	5	M	F3102	Tulburări valvulare fără CC catastrofale sau severe	0.2520	5.55	2	17	1.0
219	5	M	F3111	Aritmie majoră și stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.60	1	25	1.0

220	5	M	F3112	Aritmie majoră și stop cardiac fără CC catastrofale sau severe	0.4473	5.57	1	22	1.0
221	5	M	F3121	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	7.03	2	19	3.0
222	5	M	F3122	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere fără CC catastrofale sau severe	0.3654	5.24	2	16	2.0
223	5	M	F3131	Angină instabilă cu CC catastrofale sau severe	0.8317	6.24	2	16	2.0
224	5	M	F3132	Angină instabilă fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.68	2	16	2.0
225	5	M	F3141	Sincopă și colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.48	2	16	2.0
226	5	M	F3142	Sincopă și colaps fără CC catastrofale sau severe	0.2961	4.22	1	12	1.0
227	5	M	F3150	Durere toracică	0.2646	4.07	1	12	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	7.63	2	22	3.0
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	7.16	2	20	2.0
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fără CC catastrofale sau severe	0.5230	6.01	2	19	1.0
231	6	C	G1011	Rezecție rectală cu CC catastrofale	4.6940	17.30	5	46	3.0
232	6	C	G1012	Rezecție rectală fără CC catastrofale	2.6841	16.26	6	37	2.0
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu CC catastrofale	4.4356	14.13	3	49	3.0
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros fără CC catastrofale	2.1359	11.98	3	40	3.0

235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului cu stare malignă	5.0909	15.27	3	52	4.0
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignă cu CC catastrofale sau severe	3.8182	9.15	2	28	3.0
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignă fără CC catastrofale sau severe	1.3672	6.60	2	22	2.0
238	6	C	G1041	Aderențe peritoneale vârsta > 49 cu CC	2.8920	10.48	3	29	1.0
239	6	C	G1042	Aderențe peritoneale vârsta > 49 sau cu CC	1.7579	7.16	3	18	1.0
240	6	C	G1043	Aderențe peritoneale vârsta < 50 fără CC	1.0459	5.66	2	13	1.0
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros cu CC	1.9532	7.11	2	23	1.0
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros fără CC	1.0963	5.18	1	16	1.0
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.76	2	13	1.0
245	6	C	G1072	Apendicectomie fără CC catastrofale sau severe	0.8443	4.93	2	11	1.0
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	8.23	3	23	1.0
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta 1 la 59 fără CC catastrofale sau severe	0.5923	6.87	2	19	1.0
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinală și femurală vârsta > 0	0.5797	6.19	2	16	1.0
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie	0.5293	4.36	2	10	1.0

				vârsta < 1					
250	6	C	G1111	Proceduri anale și la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	6.50	2	20	1.0
251	6	C	G1112	Proceduri anale și la nivelul stomei fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.41	2	16	1.0
252	6	C	G1121	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	9.63	2	38	2.0
253	6	C	G1122	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv fără CC catastrofale sau severe	0.8317	7.61	2	27	1.0
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.18	2	18	3.0
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-	-
256	6	A	G2020	Colonoscopie complexă	0.4032	-	-	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	5.13	2	15	1.0
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fără CC catastrofale sau severe	0.6364	4.06	1	12	1.0
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.88	2	14	1.0
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexă cu CC catastrofale sau severe	1.8335	6.31	2	19	3.0
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexă fără CC catastrofale sau severe	0.8380	4.97	2	15	1.0

264	6	A	G2053	Gastroscopie complexă, de zi	0.2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare malignă digestivă cu CC catastrofale sau severe	0.9766	5.72	1	20	3.0
266	6	M	G3012	Stare malignă digestivă fără CC catastrofale sau severe	0.5041	4.35	1	13	2.0
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinală vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	6.39	2	21	3.0
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinală vârsta < 65 fără CC catastrofale sau severe	0.2583	5.27	2	16	3.0
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	6.05	2	17	3.5
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.69	2	15	3.0
271	6	M	G3050	Boală inflamatorie a intestinului	0.5356	5.56	1	19	3.0
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinală cu CC	0.9703	5.02	1	16	2.0
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinală fără CC	0.4473	4.10	1	12	2.0
274	6	M	G3071	Durere abdominală sau adenită mezenterică cu CC	0.4725	4.23	2	11	1.0
275	6	M	G3072	Durere abdominală sau adenită mezenterică fără CC	0.2331	3.45	1	10	1.0
276	6	M	G3081	Esofagită, gastroenterită și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	5.20	2	14	3.0
277	6	M	G3082	Esofagită, gastroenterită și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani fără CC catastrofale/severe	0.2709	4.58	2	13	2.0
278	6	M	G3091	Gastroenterită vârsta	0.7498	4.53	2	11	2.0

				< 10 ani cu CC					
279	6	M	G3092	Gastroenterită vârsta < 10 ani fără CC	0.3402	3.95	2	10	2.0
280	6	M	G3100	Esofagită și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta < 10 ani	0.3717	3.57	1	9	1.0
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	5.02	1	15	1.0
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fără CC	0.2394	4.26	1	13	1.0
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt cu CC catastrofale	5.5572	16.01	3	61	2.0
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt fără CC catastrofale	2.4825	14.70	4	44	2.0
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare malignă sau CC catastrofale	4.2340	15.64	4	44	3.0
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă cu (CC moderate sau severe)	2.3753	14.20	4	42	2.0
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă fără CC	1.3294	12.54	3	40	2.0
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.4320	7.88	2	24	1.0
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fără CC catastrofale sau severe	1.0648	6.16	2	15	1.0
290	7	C	H1040	Alte proceduri în sala de operații hepatobiliare și pancreatice	2.4825	8.29	2	29	3.0
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisă cu explorarea închisă a CBP sau cu CC catastrofale	3.4780	12.56	4	31	2.0

292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisă fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale	1.5563	10.62	4	24	2.0
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopică cu explorarea închisă a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	6.37	2	18	1.0
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopică fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale sau severe	0.8443	5.36	2	12	1.0
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sângerânde	1.9469	6.24	2	21	3.0
296	7	A	H2021	Procedură terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	2.0099	6.69	2	20	1.0
297	7	A	H2022	Procedură terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC catastrofale sau severe	0.8380	4.02	1	10	1.0
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	1.8083	6.90	2	23	0.0
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC moderate	1.0144	4.28	1	12	1.0
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC	0.5860	5.11	1	17	0.0
301	7	M	H3011	Ciroză și hepatită alcoolică cu CC	1.9406	7.53	2	26	3.0

				catastrofale					
302	7	M	H3012	Ciroză și hepatită alcoolică cu CC severe	0.9136	7.05	2	21	3.0
303	7	M	H3013	Ciroză și hepatită alcoolică fără CC catastrofale sau severe	0.4347	6.44	2	18	3.0
304	7	M	H3021	Stare malignă a sistemului hepatobiliar și pancreasului (vârsta > 69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	6.74	2	23	3.0
305	7	M	H3022	Stare malignă a sistemului hepatobiliar și pancreasului (vârsta > 69 fără CC catastrofale sau severe) sau fără CC catastrofale	0.6301	5.44	1	19	3.0
306	7	M	H3031	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	6.79	2	20	4.0
307	7	M	H3032	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne fără CC catastrofale sau severe	0.5797	6.01	2	18	3.0
308	7	M	H3041	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.09	2	19	3.0
309	7	M	H3042	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fără CC cat/sev	0.4095	5.81	2	17	2.0
310	7	M	H3051	Tulburări ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.80	2	17	3.0
311	7	M	H3052	Tulburări ale tractului biliar fără CC	0.3465	4.73	2	14	2.0
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremităților inferioare	5.7966	23.32	7	60	1.0

313	8	C	I1021	Transfer de țesut microvascular sau (grefă de piele cu CC catastrofale sau severe), cu excepția mâinii	6.9181	12.76	2	55	1.0
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fără CC catastrofale sau severe, cu excepția mâinii	2.7534	10.19	1	45	0.0
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de șold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	17.61	6	44	1.0
316	8	C	I1032	Înlocuire șold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de șold fără CC catastrofale sau severe	3.3834	14.86	6	32	1.0
317	8	C	I1033	Înlocuire șold fără CC catastrofale sau severe	2.7597	13.92	6	28	1.0
318	8	C	I1040	Înlocuire și reatașare de genunchi	2.8920	14.46	5	38	1.0
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de înlocuire a articulațiilor și reatașare a unui membru	2.6652	-	-	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeză vertebrală cu diformitate	6.1683	14.83	3	51	3.0
321	8	C	I1070	Amputație	4.8767	18.42	3	71	1.0
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul șoldului și al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	14.05	5	35	1.0
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul șoldului și al femurului fără CC catastrofale sau severe	1.9280	12.14	4	30	1.0
324	8	C	I1091	Artrodeză vertebrală cu CC catastrofale sau severe	5.6517	7.87	2	23	1.0
325	8	C	I1092	Artrodeză vertebrală fără CC catastrofale sau severe	3.0432	7.62	1	34	1.0
326	8	C	I1101	Alte proceduri la	2.6967	9.26	3	26	1.0

				nivelul spatelui și gâtului cu CC catastrofale sau severe					
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui și gâtului fără CC catastrofale sau severe	1.3546	7.80	2	23	1.0
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	10.36	1	53	1.0
329	8	C	I1121	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	11.09	2	46	1.0
330	8	C	I1122	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	8.94	2	34	1.0
331	8	C	I1123	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv fără CC catastrofale sau severe	1.3546	7.63	1	34	1.0
332	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	10.72	3	34	1.0
333	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	1.6004	10.39	3	32	1.0
334	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	1.2034	8.51	2	26	1.0
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputație	1.4870	9.70	1	41	1.0
336	8	C	I1150	Chirurgie	1.9343	11.31	3	34	1.5

				cranio-facială					
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umărului	0.8695	4.00	1	12	1.0
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-facială	1.4113	6.98	1	27	1.0
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.23	1	14	1.0
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului și antebrățului	0.9829	5.70	2	18	0.0
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	6.96	2	23	1.0
342	8	C	I1210	Excizie locală și îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare a șoldului și femurului	0.8506	6.00	1	21	1.0
343	8	C	I1220	Excizie locală și îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv șold și femur	0.4221	4.06	1	13	1.0
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	4.20	1	13	1.0
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor și a încheieturilor, incluzând biopsia	1.8146	6.67	1	24	1.0
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul țesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	6.65	1	25	1.0
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul țesuturilor moi fără CC catastrofale sau severe	0.6868	5.51	1	19	1.0
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul țesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.64	1	24	1.0
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul țesutului conjunctiv fără CC	0.7435	4.90	1	16	0.0
350	8	C	I1270	Reconstrucție sau revizie a genunchiului	1.0711	4.51	1	13	1.0
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mâinii	0.5545	4.16	1	13	1.0

352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	5.37	1	20	1.0
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremității distale femurale	1.3483	5.70	1	20	1.0
354	8	M	I3030	Entorse, luxații și dislocări ale șoldului, pelvisului și coapsei	0.5356	5.26	1	17	0.0
355	8	M	I3041	Osteomielită cu CC	2.0162	9.17	1	37	3.0
356	8	M	I3042	Osteomielită fără CC	0.7120	7.93	2	29	1.0
357	8	M	I3051	Stare malignă a țesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică cu CC catastrofale sau severe	1.3609	6.76	1	25	1.0
358	8	M	I3052	Stare malignă a țesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică fără CC catastrofale sau severe	0.5671	4.89	1	18	1.0
359	8	M	I3061	Tulburări inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	6.05	2	17	2.0
360	8	M	I3062	Tulburări inflamatorii musculoscheletale fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.35	2	15	1.0
361	8	M	I3071	Artrita septică cu CC catastrofale sau severe	2.3564	7.14	2	22	1.0
362	8	M	I3072	Artrita septică fără CC catastrofale sau severe	0.7939	6.65	2	22	1.0
363	8	M	I3081	Tulburări nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.59	2	17	2.0
364	8	M	I3082	Tulburări nechirurgicale ale coloanei fără CC	0.6049	5.76	2	19	1.0
365	8	M	I3083	Tulburări nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.1890	0.00	1	1	0.0
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor și artropatii specifice vârsta > 74 cu CC	1.5626	6.59	2	20	1.0

				catastrofale sau severe					
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor și artropatii specifice vârsta > 74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	6.04	2	18	1.0
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor și artropatii specifice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.2898	5.78	2	18	1.0
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	6.35	2	18	1.0
370	8	M	I3111	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 cu CC	0.8695	6.73	2	21	-
371	8	M	I3112	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 sau cu CC	0.4032	6.43	2	20	1.0
372	8	M	I3113	Alte tulburări musculotendinoase vârsta < 70 fără CC	0.2646	5.33	2	16	1.0
373	8	M	I3121	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta > 79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	7.02	2	21	2.0
374	8	M	I3122	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta < 80 fără CC catastrofale sau severe	0.3339	5.42	2	17	1.0
375	8	M	I3131	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/ protezelor musculoscheletale vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	11.02	2	48	3.0
376	8	M	I3132	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/ protezelor musculoscheletale vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	6.73	1	28	0.0
377	8	M	I3133	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/	0.3465	4.67	1	17	0.0

				protezelor musculoscheletale vârstă < 60 fără CC catastrofale sau severe					
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebrăţului, pumnului, mâinii sau piciorului vârstă > 74 cu CC	1.1026	3.83	1	10	0.0
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebrăţului, pumnului, mâinii sau piciorului vârstă > 74 sau cu CC	0.4284	3.59	1	9	0.0
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebrăţului, pumnului, mâinii sau piciorului vârstă < 75 fără CC	0.2835	3.00	1	8	1.0
381	8	M	I3151	Leziuni ale umărului, braţului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârstă > 64 cu CC	1.3861	4.59	1	14	0.0
382	8	M	I3152	Leziuni ale umărului, braţului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei vârstă > 64 sau cu CC	0.5860	4.17	1	12	0.0
383	8	M	I3153	Leziuni ale umărului, braţului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârstă < 65 fără CC	0.2961	3.61	1	10	1.0
384	8	M	I3161	Alte tulburări musculoscheletale vârstă > 69 cu CC	1.1467	7.57	1	29	1.0
385	8	M	I3162	Alte tulburări musculoscheletale vârstă > 69 sau cu CC	0.4788	5.23	1	18	1.0
386	8	M	I3163	Alte tulburări musculoscheletale vârstă < 70 fără CC	0.2583	4.50	1	15	1.0
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	7.84	1	29	2.0
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fără CC catastrofale sau severe	0.9262	6.21	1	21	1.0
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului	1.2979	7.28	1	27	2.0

				femural cu CC catastrofale sau severe					
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fără CC catastrofale sau severe	0.4284	5.43	1	20	1.0
391	9	C	J1010	Transfer de țesut microvascular pentru piele, țesut subcutanat și tulburări ale sânului	4.8137	14.73	3	49	0.0
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afecțiuni maligne ale sânului	1.2097	10.36	3	31	1.0
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afecțiuni nemaligne ale sânului	0.9829	5.30	1	18	0.0
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afecțiuni maligne ale sânului	0.5482	4.52	1	16	0.0
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afecțiuni nemaligne ale sânului	0.3780	4.37	1	14	0.0
396	9	C	J1041	Altă grefă a pielii și/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	6.42	1	23	1.0
397	9	C	J1042	Altă grefă a pielii și/sau proceduri de debridare fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.41	1	15	1.0
398	9	C	J1050	Proceduri perianale și pilonidale	0.4978	4.72	1	14	1.0
399	9	C	J1060	Proceduri în sala de operații ale pielii, țesutului subcutanat și chirurgie plastică la nivelul sânului	0.4473	5.48	1	20	1.0
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, țesutului subcutanat și sânului	0.2709	4.32	1	14	1.0
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrelor inferioare cu ulcer/ celulită cu CC catastrofale	4.7444	11.05	3	34	1.0
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrelor inferioare cu ulcer/	2.6148	16.14	3	62	1.0

				celulită fără CC catastrofale cu grefă de piele/lambou de reparare					
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrelor inferioare cu ulcer/ celulită fără CC catastrofale fără grefă de piele/lambou de reparare	1.7768	8.66	2	29	0.0
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrelor inferioare fără ulcer/ celulită cu grefă de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	-	-	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrelor inferioare fără ulcer/ celulită fără (grefă de piele și (CC catastrofale sau severe)	0.8947	5.97	1	21	1.0
406	9	C	J1100	Reconstrucții majore ale sânelui	3.5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1.4491	8.90	3	25	5.0
408	9	M	J3012	Ulceratii ale pielii, de zi	0.1260	-	-	-	-
409	9	M	J3021	Tulburări maligne ale sânelui (vârsta > 69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	5.59	1	21	1.0
410	9	M	J3022	Tulburări maligne ale sânelui (vârsta > 69 fără CC) sau fără (CC catastrofale sau severe)	0.2394	3.88	1	12	1.0
411	9	M	J3030	Tulburări nemaligne ale sânelui	0.2772	4.25	1	13	0.0
412	9	M	J3041	Celulită vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.3420	8.55	3	24	1.0
413	9	M	J3042	Celulită (vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe) sau vârsta < 60	0.5608	6.04	2	18	1.0
414	9	M	J3051	Traumă a pielii, țesutului subcutanat și	0.5545	5.05	2	15	2.0

				sânului vârsta > 69					
415	9	M	J3052	Traumă a pielii, țesutului subcutanat și sânului vârsta < 70	0.2709	3.60	1	11	1.0
416	9	M	J3061	Tulburări minore ale pielii	0.5923	4.82	2	14	1.0
417	9	M	J3062	Tulburări minore ale pielii, de zi	0.1575	-	-	-	-
418	9	M	J3071	Tulburări majore ale pielii	0.9199	5.75	2	16	1.0
419	9	M	J3072	Tulburări majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	11.23	3	35	1.0
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiză	2.7849	-	-	-	-
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	11.46	3	30	1.0
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	6.06	2	14	1.0
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.11	1	16	0.5
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	5.29	2	15	1.0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	6.11	2	16	1.0
428	10	C	K1090	Alte proceduri în sala de operații la nivel endocrin, nutrițional și metabolic	2.7849	6.50	2	21	1.0
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburări metabolice fără CC, de zi	0.3843	-	-	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.2790	6.58	2	17	3.0
431	10	M	K3012	Diabet fără CC catastrofale sau severe	0.5734	5.90	2	17	2.0

432	10	M	K3020	Perturbare nutrițională severă	2.3060	6.01	2	18	1.0
433	10	M	K3031	Diverse tulburări metabolice cu CC catastrofale	1.5185	6.33	2	18	3.0
434	10	M	K3032	Diverse tulburări metabolice vârsta > 74 sau cu CC severe	0.7246	5.01	2	13	2.0
435	10	M	K3033	Diverse tulburări metabolice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.3843	4.01	2	11	1.0
436	10	M	K3040	Erori înnăscute de metabolism	0.4158	4.93	1	14	2.0
437	10	M	K3051	Tulburări endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	5.17	2	13	2.0
438	10	M	K3052	Tulburări endocrine fără CC catastrofale sau severe	0.4851	4.45	2	11	1.0
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă cu CC catastrofale sau severe	4.0576	18.39	1	126	1.0
440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă fără CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	14.95	4	46	2.0
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori fără CC catastrofale sau severe	2.7345	12.91	3	41	2.0
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	10.64	2	41	1.0
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale	1.8461	8.75	2	31	1.0

				rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate					
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne fără CC	1.2790	8.24	2	30	1.0
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.83	4	22	1.0
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8821	8.32	3	21	1.0
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	9.46	2	32	1.0
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fără CC catastrofale sau severe	0.6364	7.07	2	23	1.0
450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu excepția prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.2790	7.16	2	20	1.0
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu excepția prostatectomiei fără CC catastrofale sau severe	0.5230	5.78	2	16	1.0
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	6.21	2	17	0.0
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fără CC	0.5419	6.06	2	19	1.0
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofal	4.9460	7.85	1	40	3.0
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar cu CC severe	2.1233	5.67	1	22	1.0
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și	1.0459	4.63	1	16	1.0

				tractului urinar fără CC catastrofale sau severe					
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	5.48	2	16	0.5
458	11	A	L2020	Cistoureteroscopie, de zi	0.2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeală pentru litiiază urinară	0.3969	4.07	1	12	1.0
460	11	M	L3011	Insuficiență renală cu CC catastrofale	2.2556	9.54	2	38	3.0
461	11	M	L3012	Insuficiență renală cu CC severe	1.2160	7.24	2	24	2.0
462	11	M	L3013	Insuficiență renală fără CC catastrofale sau severe	0.6364	5.75	2	18	2.0
463	11	M	L3020	Internare pentru dializă renală	0.0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	5.96	1	23	2.0
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.50	1	14	1.0
466	11	M	L3041	Infecții ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	8.06	3	22	4.0
467	11	M	L3042	Infecții ale rinichiului și tractului urinar vârsta > 69 sau cu CC severe	0.7435	6.47	2	17	2.0
468	11	M	L3043	Infecții ale rinichiului și tractului urinar vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	0.4284	5.37	2	14	2.0
469	11	M	L3050	Pietre și obstrucție urinară	0.3276	4.54	2	13	1.0
470	11	M	L3061	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	4.99	2	14	2.0

471	11	M	L3062	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.3339	4.45	1	13	1.0
472	11	M	L3070	Strictură uretrală	0.3528	4.90	1	15	1.0
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	2.0603	6.71	2	21	3.0
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC severe	0.8947	5.94	2	19	2.0
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.3087	4.88	1	15	1.0
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la bărbat	2.7723	16.01	7	34	2.0
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	1.6823	9.48	4	20	1.0
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8695	8.24	3	18	1.0
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.31	1	12	1.0
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fără CC	0.5734	3.81	1	11	0.0
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	6.08	2	17	1.0
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fără CC	0.4410	4.53	2	12	1.0
483	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	3.20	1	8	1.0
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea malignă	1.9217	4.87	1	18	1.0
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv	0.6049	7.07	2	21	1.0

				masculin exceptând cele pentru starea malignă					
486	12	A	M2010	Cistoureoscopie fără CC, de zi	0.1890	-	-	-	-
487	12	M	M3011	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	5.55	1	20	1.0
488	12	M	M3012	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin fără CC catastrofale sau severe	0.3465	4.20	1	14	1.0
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatică benignă cu CC catastrofale sau severe	1.0837	5.18	2	15	1.0
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatică benignă fără CC catastrofale sau severe	0.2835	4.41	1	13	1.0
491	12	M	M3031	Inflamații ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	5.32	2	15	0.5
492	12	M	M3032	Inflamații ale sistemului reproductiv masculin fără CC	0.3402	4.51	1	13	0.0
493	12	M	M3040	Sterilizare, bărbați	0.2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.2520	3.98	1	12	1.0
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului și vulvectomie radicală	3.3456	11.58	4	26	2.0
496	13	C	N1021	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor cu CC	3.0243	9.92	4	24	1.0
497	13	C	N1022	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor fără CC	1.6949	7.24	2	21	1.0
498	13	C	N1031	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor cu CC	2.5833	8.05	2	27	1.0
499	13	C	N1032	Proceduri uterine și ale anexelor pentru	1.5878	6.74	2	23	1.0

				stare malignă non-ovariană sau a anexelor fără CC					
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemalignă	1.1719	8.86	4	19	1.0
501	13	C	N1051	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	8.35	3	22	1.0
502	13	C	N1052	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fără CC catastrofale sau severe	0.9955	7.45	3	19	1.0
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstrucție ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	7.37	3	18	1.0
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin și anexe pentru stare nemalignă	0.5104	3.72	1	10	1.0
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.22	2	11	1.0
506	13	C	N1090	Conizație, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin și vulvei	0.3087	3.95	1	12	1.0
507	13	C	N1100	Chiuretaj diagnostic și histeroscopie diagnostică	0.2898	2.81	1	7	0.0
508	13	C	N1111	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului reproductiv feminin vârsta > 64 cu stare malignă sau cu CC	2.8668	4.07	1	11	1.0
509	13	C	N1112	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului reproductiv feminin vârsta < 65 fără neoplasm fără CC	0.3717	3.21	1	8	1.0
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/ Colposcopie de zi, pentru afecțiuni ale sistemului reproductiv feminin	0.1890	-	-	-	-

511	13	M	N3011	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	6.69	1	26	2.0
512	13	M	N3012	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin fără CC catastrofale sau severe	0.5797	5.16	1	18	1.0
513	13	M	N3020	Infecții, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.06	2	11	1.0
514	13	M	N3031	Tulburări menstruale și alte tulburări ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.08	2	10	1.0
515	13	M	N3032	Tulburări menstruale și alte tulburări ale sistemului genital feminin fără CC	0.1827	3.34	1	9	1.0
516	14	C	O1011	Naștere prin cezariană cu CC catastrofale	2.3123	6.93	2	17	1.0
517	14	C	O1012	Naștere prin cezariană cu CC severe	1.5752	7.00	3	17	1.0
518	14	C	O1013	Naștere prin cezariană fără CC catastrofale sau severe	1.2223	5.64	2	13	1.0
519	14	C	O1021	Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	1.2412	5.31	2	12	1.0
520	14	C	O1022	Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0.9388	5.10	2	11	1.0
521	14	C	O1030	Sarcină ectopică	0.8128	6.01	2	15	1.0
522	14	C	O1040	Postpartum și post avort cu proceduri în sala de operații	0.5860	3.07	1	8	1.0
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri în sala de operații	0.2835	2.54	1	6	1.0
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/ Colposcopie de zi, pentru sarcină, naștere sau lăuzie	0.1890	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Naștere vaginală cu CC catastrofale sau severe	1.0270	5.66	2	14	1.0

526	14	M	O3012	Naștere vaginală fără CC catastrofale sau severe	0.7309	4.77	2	10	1.0
527	14	M	O3013	Naștere vaginală singulară fără complicații fără alte afecțiuni	0.6238	4.72	2	10	1.0
528	14	M	O3020	Postpartum și post avort cu proceduri în sala de operații	0.3402	5.53	1	17	1.0
529	14	M	O3030	Avort fără proceduri în sala de operații	0.2394	2.94	1	8	1.0
530	14	M	O3041	Travaliu fals înainte de 37 săptămâni sau cu CC catastrofale	0.3276	3.79	1	11	1.0
531	14	M	O3042	Travaliu fals după 37 săptămâni fără CC catastrofale	0.1449	3.64	1	10	0.0
532	14	M	O3051	Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.08	2	11	1.0
533	14	M	O3052	Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0.00	1	1	0.0
534	15	C	P1010	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, cu proceduri semnificative în sala de operații	0.7561	2.33	1	6	2.0
535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-născuți	15.7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou-născut, greutate la internare 1000 - 1499 g cu procedura semnificativă în sala de operații	12.4375	22.02	2	124	16.0
537	15	C	P1040	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g cu procedura semnificativă în sala de operații	9.9109	14.71	1	81	7.5
538	15	C	P1050	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g	6.4140	11.31	2	42	12.5

				cu procedura semnificativă în sala de operații					
539	15	C	P1061	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	10.1629	22.54	3	85	13.0
540	15	C	P1062	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme multiple majore	3.2700	4.95	2	10	2.0
541	15	M	P3011	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, fără procedură semnificativă în sala de operații, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.48	1	4	1.0
542	15	M	P3012	Nou-născut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de la internare, fără procedură semnificativă în sala de operații, fără diagnostic neonatal	0.4536	1.31	1	3	1.0
543	15	M	P3020	Nou-născut, greutate la internare < 750 g	22.6886	16.02	1	79	7.5
544	15	M	P3030	Nou-născut, greutate la internare 750 - 999 g	15.7579	22.62	2	118	12.5
545	15	M	P3040	Nou-născut, greutate la internare 1000 - 1249 g fără procedură semnificativă în sala de operații	6.0801	19.02	1	107	13.0
546	15	M	P3050	Nou-născut, greutate la internare 1250 - 1499 g fără procedură semnificativă în sala de operații	4.5113	21.54	2	126	8.5
547	15	M	P3061	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu	4.6751	21.58	3	87	13.5

				probleme multiple majore					
548	15	M	P3062	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	3.1944	15.57	2	67	8.0
549	15	M	P3063	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	2.3312	15.47	2	68	6.0
550	15	M	P3064	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	2.1296	12.78	2	60	2.5
551	15	M	P3071	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2.5581	13.01	2	50	7.0
552	15	M	P3072	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	2.0918	9.08	2	28	4.5
553	15	M	P3073	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	1.4176	7.51	2	22	3.0
554	15	M	P3074	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	0.6301	6.84	2	19	1.0
555	15	M	P3081	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2.2934	8.76	2	26	7.0

556	15	M	P3082	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	1.3042	5.57	2	12	3.0
557	15	M	P3083	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	0.7309	4.59	2	9	2.0
558	15	M	P3084	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme	0.3150	4.14	2	7	1.0
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	11.97	4	32	2.0
560	16	C	Q1021	Alte proceduri în sala de operații ale sângelui și organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	5.17	1	16	1.0
561	16	C	Q1022	Alte proceduri în sala de operații ale sângelui și organelor hematopoietice fără CC catastrofale sau severe	0.6175	4.89	1	15	1.0
562	16	M	Q3011	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	5.29	2	15	2.0
563	16	M	Q3012	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate fără CC catastrofale sau severe cu stare malignă	0.7120	9.20	1	23	1.0
564	16	M	Q3013	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate fără CC catastrofale sau severe fără stare malignă	0.2331	5.04	2	15	1.0
565	16	M	Q3021	Tulburări ale globulelor roșii cu CC catastrofale	1.3168	7.01	2	23	2.0
566	16	M	Q3022	Tulburări ale globulelor roșii cu CC severe	0.6490	6.10	2	19	2.0
567	16	M	Q3023	Tulburări ale	0.2268	5.15	1	16	3.0

				globulelor roșii fără CC catastrofale sau severe					
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	5.78	1	21	2.0
569	17	C	R1011	Limfom și leucemie cu proceduri majore în sala de operații, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	11.06	2	48	1.0
570	17	C	R1012	Limfom și leucemie cu proceduri majore în sala de operații, fără CC catastrofale sau severe	2.0162	7.64	1	32	1.0
571	17	C	R1021	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operații, cu CC catastrofale sau severe	3.3960	10.12	2	45	1.0
572	17	C	R1022	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operații, fără CC catastrofale sau severe	1.8398	5.84	1	28	1.0
573	17	C	R1031	Limfom și leucemie cu alte proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	4.8767	12.28	2	59	1.0
574	17	C	R1032	Limfom și leucemie cu alte proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0.9892	6.18	1	25	0.0
575	17	C	R1041	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	1.5248	5.90	1	21	0.0
576	17	C	R1042	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0.7120	4.53	1	15	0.0
577	17	M	R3011	Leucemie acută cu CC catastrofale	5.3870	15.38	2	78	1.0
578	17	M	R3012	Leucemie acută cu CC severe	1.0648	7.57	1	34	1.0
579	17	M	R3013	Leucemie acută fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.68	1	17	1.0

580	17	M	R3021	Limfom și leucemie non-acute cu CC catastrofale	3.0936	6.80	1	28	1.0
581	17	M	R3022	Limfom și leucemie non-acute fără CC catastrofale	1.0207	4.59	1	16	3.0
582	17	M	R3023	Limfom și leucemie non-acute, de zi	0.1323	0.00	1	1	0.0
583	17	M	R3031	Alte tulburări neoplazice cu CC	1.1656	6.19	1	21	1.0
584	17	M	R3032	Alte tulburări neoplazice fără CC	0.4914	4.37	1	15	1.0
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0.1890	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	8.59	1	34	3.0
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.4320	6.25	2	19	3.0
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fără CC catastrofale sau severe	1.5941	4.44	1	13	2.0
591	18	C	T1011	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare cu CC catastrofale	5.6769	10.38	2	42	2.0
592	18	C	T1012	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	6.28	2	19	1.0
593	18	C	T1013	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare fără CC	1.3231	6.84	2	23	1.0
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	8.30	2	27	3.0
595	18	M	T3012	Septicemie fără CC catastrofale sau severe	0.8254	6.38	2	19	2.0
596	18	M	T3021	Infecții postoperatorii și posttraumatice vârsta > 54 sau cu CC	0.9514	8.52	2	29	1.0

				catastrofale sau severe)					
597	18	M	T3022	Infecții postoperatorii și posttraumatice vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.5545	6.22	2	17	1.0
598	18	M	T3031	Febră de origine necunoscută cu CC	0.8443	5.41	2	14	2.0
599	18	M	T3032	Febră de origine necunoscută fără CC	0.3969	4.47	1	13	1.0
600	18	M	T3041	Boală virală vârsta > 59 sau cu CC	0.5734	5.87	2	16	4.5
601	18	M	T3042	Boală virală vârsta < 60 fără CC	0.3087	4.85	2	14	2.5
602	18	M	T3051	Alte boli infecțioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.94	2	16	2.0
603	18	M	T3052	Alte boli infecțioase sau parazitare fără CC catastrofale sau severe	0.5608	5.44	2	15	1.0
604	19	A	U2010	Tratament al sănătății mentale, de zi, cu terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sănătății mentale, de zi, fără terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1134	0.00	1	1	0.0
606	19	M	U3021	Tulburări schizofrenice cu statut legal al sănătății mentale	2.3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburări schizofrenice fără statut legal al sănătății mentale	1.3168	16.40	3	59	1.5
608	19	M	U3031	Paranoia și tulburare psihică acută cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sănătății mentale	1.9280	12.73	3	43	1.0
609	19	M	U3032	Paranoia și tulburare psihică acută fără CC catastrofale/sever fără statut legal al sănătății mentale	0.9325	13.38	3	47	2.0
610	19	M	U3041	Tulburări afective	2.2367	12.64	4	37	2.0

				majore vârsta > 69 sau cu (CC catastrofale sau severe)					
611	19	M	U3042	Tulburări afective majore vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	1.4996	12.62	4	36	1.0
612	19	M	U3050	Alte tulburări afective și somatoforme	0.8695	10.99	3	36	1.0
613	19	M	U3060	Tulburări de anxietate	0.6553	8.61	2	32	1.0
614	19	M	U3070	Supralimentație și tulburări obsesiv-compulsive	3.3204	5.41	2	16	1.0
615	19	M	U3080	Tulburări de personalitate și reacții acute	0.8002	9.76	2	40	1.0
616	19	M	U3090	Tulburări mentale în copilărie	1.6634	5.60	2	17	1.0
617	20	M	V3011	Intoxicație cu alcool și sevraj cu CC	0.5545	10.12	2	42	1.0
618	20	M	V3012	Intoxicație cu alcool și sevraj fără CC	0.2457	8.48	1	36	1.0
619	20	M	V3020	Intoxicații medicamentoase și sevraj	0.7309	11.60	2	54	1.0
620	20	M	V3031	Tulburare și dependență datorită consumului de alcool	0.6805	10.14	2	42	2.0
621	20	M	V3032	Tulburare și dependență datorită consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare și dependență datorită consumului de opiacee	0.3843	7.74	1	33	1.5
623	20	M	V3042	Tulburare și dependență datorită consumului de opiacee, pacient plecat împotriva avizului medical	0.3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburări și dependențe datorită consumului de droguri	0.3843	8.91	1	43	1.0
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru	15.2538	26.32	5	89	11.0

				traumatisme multiple semnificative					
626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur și membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	17.73	5	51	4.0
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	13.36	4	35	4.0
628	21	C	W1040	Alte proceduri în sala de operații pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	15.54	3	57	4.0
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la altă unitate de îngrijiri acute, LOS < 5 zile	0.9766	1.39	1	4	1.0
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fără proceduri semnificative	2.0036	7.42	1	28	3.0
631	21	C	X1010	Transfer de țesut microvascular sau grefă de piele pentru leziuni ale mâinii	0.8380	5.30	1	18	0.0
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârsta > 59 sau cu CC	1.8272	9.21	1	35	1.0
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârsta < 60 fără CC	0.7624	6.45	1	21	1.0
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mâinii	0.5545	4.11	1	13	1.0
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	5.45	1	20	1.0
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fără CC catastrofale sau severe	0.6553	3.80	1	13	1.0
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităților mâinii cu transfer de țesut microvascular sau cu	3.5158	15.28	2	65	1.0

				(CC catastrofale sau severe)					
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităților mâinii cu transfer de țesut microvascular fără CC catastrofale sau severe	1.5437	13.68	2	62	0.0
639	21	M	X3011	Leziuni vârsta > 64 cu CC	0.8506	5.38	2	20	1.0
640	21	M	X3012	Leziuni vârsta > 64 fără CC	0.2772	5.54	2	18	1.0
641	21	M	X3013	Leziuni vârsta < 65	0.2268	4.23	1	13	1.0
642	21	M	X3020	Reacții alergice	0.2457	3.40	1	9	1.0
643	21	M	X3031	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârsta > 59 sau cu CC	0.5860	3.60	1	11	1.0
644	21	M	X3032	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârsta < 60 fără CC	0.2457	2.28	1	6	1.0
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0.9577	5.69	2	16	2.0
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fără CC catastrofale sau severe	0.3906	6.66	1	24	1.0
647	21	M	X3051	Altă leziune, otrăvire și diagnostic privind efectele toxice vârsta > 59 sau cu CC	0.6490	7.01	1	27	2.0
648	21	M	X3052	Altă leziune, otrăvire și diagnostic privind efectele toxice vârsta < 60 fără CC	0.2268	5.51	1	20	1.0
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adâncime completă	28.8695	20.71	2	111	6.0
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefă de piele vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	25.37	5	82	2.0
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefă de	1.9469	19.78	3	81	1.0

				piele vârsta < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate					
652	22	C	Y1030	Alte proceduri în sala de operații pentru alte arsuri	1.1971	10.07	2	40	2.0
653	22	M	Y2011	Alte arsuri vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	9.38	2	32	1.0
654	22	M	Y2012	Alte arsuri vârsta < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	0.4347	6.11	1	21	1.0
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienți transferați către alte unități de îngrijiri acute < 5 zile	0.2520	-	-	-	-
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	10.92	2	48	3.0
657	23	C	Z1011	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte servicii de sănătate cu CC catastrofale/sever	1.0585	4.58	1	17	1.0
658	23	C	Z1012	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte servicii de sănătate fără CC catastrofale/sever	0.4536	3.34	1	11	1.0
659	23	A	Z2010	Monitorizare după tratament complet cu endoscopie	0.1701	4.18	1	13	1.0
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	11.10	4	27	2.5
661	23	M	Z3012	Reabilitare fără CC catastrofale sau severe	1.1341	8.67	2	27	2.0
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-	-	-
663	23	M	Z3020	Semne și simptome	0.4410	5.37	2	17	2.0
664	23	M	Z3030	Monitorizare fără endoscopie	0.1890	4.63	1	15	4.0
665	23	M	Z3041	Alte post îngrijiri cu CC catastrofale sau	1.5122	3.27	1	10	4.0

				severe					
666	23	M	Z3042	Alte post îngrijiri fără CC catastrofale sau severe	0.4914	3.87	1	12	0.0
667	23	M	Z3051	Alți factori care influențează starea de sănătate	0.5923	4.41	1	16	2.0
668	23	M	Z3052	Alți factori care influențează starea de sănătate, de zi	0.1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.4410	4.62	1	14	4.5

NOTA: 1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi, pentru care nu se aplică limite ale duratelor de spitalizare.

2. DMS și limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostice sunt cele avute în vedere în anul 2012.

3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, este cea avută în vedere în anul 2012.

4. M - categorie Medicală, C - categorie chirurgicală, A - Alte categorii

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

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

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

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

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

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

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în același DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte diferite față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mici față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mari față de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conține un procent semnificativ de observații (de exemplu 95% din observații)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conține un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară și limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obține o limită inferioară (LINF) și o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în [anexa 17 a](#)).

Indice de echivalență - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcție de durata de spitalizare a cazului și limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

$$e = 1 \text{ pentru } LINF \leq DS \leq LSUP$$

$$e = DS/LINF \text{ pentru } DS < LINF$$

$$e = DS/LSUP \text{ pentru } DS > LSUP, e \text{ maxim} = 3$$

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observă că acest caz este un caz extrem mic ($DS < LINF$), deci $e = DS/LINF = 2/3$

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalență

$$CE = \frac{\sum (CR_i \times e_i)}{\sum (CR_i)}$$

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

$$K = \frac{\sum (CE_i \times VR_i)}{\sum (CR_i \times VR_i)}$$

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente

$$Nr. CP = \frac{\sum (VR_{DRGi} \times CR_{DRGi})}{\sum (CR_{DRGi})}$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate

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

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

$$CCPs = \text{bugetul aferent cazurilor acute} / \text{nr. total cazuri ponderate}$$

- la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național / nr. total cazuri ponderate

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

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

$TCR = TCP \times ICM$

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

$TCDRGi = TCP \times VRDRGi$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CN = Cazuri normale

CEMC = Cazuri extreme mici

CEMR = Cazuri extreme mari

LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate

LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate

e = Indicele de echivalență

CE = Cazuri echivalente

K = Coeficientul cazurilor extreme

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA 17 C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECȚIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/compartimentului*	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2013 (lei)
1	Recuperare, medicina fizica si balneologie	1371	202,11
2	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	1372	108,50
3	Cronici	1061	198,29
4	Distrofici – Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	141,43
5	Pneumoftiziologie	1301	200,20
6	Pneumoftiziologie copii	1302	258,01
7	Pediatrie cronici	1282	278,04
8	Neonatalogie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222,1	477,80
9	Neonatalogie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222,2	955,60
10	Psihiatrie cronici	1333	112,28
11	Psihiatrie cronici(lunga durata)	1333	97,32
12	Recuperare medicala - cardiovasculara	1383	203,07
13	Recuperare medicala - ortopedie și traumatologie	1403	268,52
14	Recuperare medicala - respiratorie	1413	256,58
15	Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	199,08
16	Recuperare neuropsihomotorie	1423	206,89
17	Recuperare medicală - neurologie	1393	217,72
18	Recuperare medicală		211,14
19	Geriatric, gerontologie	1121	171,05
20	Îngrijiri paliative		235,62

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2013 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

- nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare 2013, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 și 11, a secției Distrofici – Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secției de recuperare neuropsihomotorie și recuperare medicală – neurologie prevăzute la poz. 16 și 17, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 30%.

- nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2012 + 15%, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 și 11, a secției Distrofici – Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secției de recuperare neuropsihomotorie și recuperare medicală – neurologie prevăzute la poz. 16 și 17, din tabelul de mai sus, pentru care tariful contractat în anul 2013 nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2012 + 30%.

NOTA 2: Pentru spitalele care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2012 este diminuat cu 20%.

NOTA 3: Pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontează la tariful contractat pentru anul 2013, diminuat cu 20%

**TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUȚI NON DRG,
RESPECTIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE
DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE**

Nr. crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/ Compartimentului*	Tarif mediu pe caz - maximal 2013 - lei -
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	1.128,12
2.	Medicale	Boli infectioase copii	1012	937,24
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.729,39
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.007,13
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	906,13
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.069,51
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	783,21
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	1.030,42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	1.061,61
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	905,37
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	975,51
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.110,46
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.469,04
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	951,16
15.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	1.114,54
16.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	831,69
17.	Medicale	Medicina interna	1171	915,68
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.121,20
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	839,25
20.	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	818,38
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.260,46
23.	Medicale	Neurologie pediatrica	1232	1.019,90
24.	Medicale	Oncologie medicala	1241	998,10
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.224,12

26.	Medicale	Pediatrie	1252	873,16
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.004,69
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	766,09
29.	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatria	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49
32.	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	1.428,35
33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arsi	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatria	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatria	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	1.369,70
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	1.609,44
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	2.293,84
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	741,02
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.038,80
45.	Chirurgicale	Obstetrica	2181	946,63
46.	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	812,51
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	680,09
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	738,08
49.	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	1.288,26
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatria	2212	958,86
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.156,22
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.231,83
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.047,77
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	1.014,38

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2013 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

- nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal pe 2013
- nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2012 + 15%

NOTA 2: Pentru spitalele care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful mediu pe caz maximal pentru 2013 este diminuat cu 20%.

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) domiciliat/ă în localitatea,
 str., nr., bl., sc., et., ap., județul
, telefon, actul de identitate seria
, nr., CNP/cod unic de asigurare.....
 cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutite de
 coplată, prevăzute mai jos:

- copii 0-18 ani (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în
 domeniul sănătății - se completează de părinți / aparținători legali)
- tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului
 universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din
 muncă (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul
 sănătății)
- bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul
 Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni care
 nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse (conform art. 213¹ lit. b)
 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)
- pensionari cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună (conform art. 213¹ lit.
 c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)
- femei însărcinate și lăuze - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe țară -
 pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii (conform 213¹ lit. d) din Legea nr.
 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – pentru toate serviciile medicale)
- femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază
 minim brut pe țară - pentru toate serviciile (conform 213¹ lit. d) din Legea nr. 95/2006
 privind reforma în domeniul sănătății)

dovedită prin documentul/documentele,

Data

.....

Semnătura

.....

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENTĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**.....
3. Greutate Kg
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case | Data:
Ora:
5. Internat DA/NU -
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
*) Se va aplica semnătura și parafa
6. S-au epuizat celelalte metode | medicului de specialitate radiologie și
de diagnostic: | imagistică medicală
Precizări:
DA/NU
7. Dg. trimitere | Observații speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
..... | 3. Antecedente alergice DA/NU
8. Date clinice și paraclinice | 4. Astm bronșic DA/NU
care să justifice explorarea | 5. Crize epileptice DA/NU
RMN: | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
osteosinteză
Dacă DA Data Unde | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze
..... | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant Data: | metalelor (schițe, obiecte metalice)
Semnătura și parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schițe, gloanțe, obiecte metalice
Semnătura pacientului

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității**):
(semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O
CONTRAINDICĂȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!!

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENȚĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat
Organ/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal /cod unic de asigurare.....
3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU
Alte case | Data:
5. Internat DA/NU - | Ora:
Secția nr. FO |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU | Precizări*):
7. Dg. trimitere |
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea |
..... |
..... |
..... | *) Sarcina reprezintă contraindicație
9. Examen scintigrafic anterior: | de efectuare a examenului scintigrafic
DA/NU |
10. Stări alergice*): DA/NU | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) | (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data: |
Semnătura și parafa medicului |
solicitant |
Aviz șef secție solicitantă cu |
asumarea responsabilității*): |
(semnătura și parafa) |

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE PE SECȚII/COMPARTIMENTE

Nr. crt.	Cod secție	Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile) - SNSPMPDSB
1	1011	Boli infecțioase	7
2	1012	Boli infecțioase copii	6
3	1023	HIV/SIDA	7
4	1033	Boli parazitare	5
5	1041	Boli profesionale	10
6	1051	Cardiologie	7
7	1052	Cardiologie copii	6
8	1061	Cronici	12
9	1071	Dermatovenerologie	7
10	1072	Dermatovenerologie copii	7
11	1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
12	1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	5
13	1093	Dializă peritoneală	9
14	1101	Endocrinologie	5
15	1102	Endocrinologie copii	5
16	1111	Gastroenterologie	6
17	1121	Geriatric și gerontologie	12
18	1131	Hematologie clinică	6
19	1132	Hematologie copii	6
20	1141	Hemodializă	3
21	1151	Imunologie clinică și alergologie	6
22	1152	Imunologie clinică și alergologie copii	6
23	1163	Medicină generală	7
24	1171	Medicină internă	8
25	1191	Nefrologie	7

26	1192	Nefrologie copii	6
27	1202	Neonatologie (nou-născuți și prematuri)	5
28	1212	Neonatologie (nou-născuți)	5
29	1222	Neonatologie (prematuri)*)	17
30	1231	Neurologie	8
31	1232	Neurologie pediatrică	7
32	1241	Oncologie medicală	5
33	1242	Oncopediatrie	7
34	1252	Pediatrie	6
35	1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	5
36	1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)	28
37	1282	Pediatrie cronici	13
38	1291	Pneumologie	10
39	1292	Pneumologie copii	11
40	1301	Pneumoftiziologie**)	37
41	1302	Pneumoftiziologie pediatrică**)	32
42	1311	Psihiatrie acuți	14
43	1312	Psihiatrie pediatrică	8
44	1321	Psihiatrie (nevroze)	16
45	1333	Psihiatrie cronici	49
46	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	14
47	1353	Toxicomanie	13
48	1363	Radioterapie	12
49	1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
50	1433	Reumatologie	9
51	1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	6
52	1463	Toxicologie	4
53	1473	Secții sanatoriale	60
54	2013	Arși	13
55	2023	Anestezie și terapie intensivă - ATI	4

56	2033	Chirurgie cardiovasculară	9
57	2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	9
58	2051	Chirurgie generală	7
59	2063	Chirurgie laparoscopică	6
60	2073	Chirurgie artroscopică	5
61	2083	Chirurgie oncologică	8
62	2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	5
63	2102	Chirurgie pediatrică	6
64	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	6
65	2123	Chirurgie toracică	10
66	2133	Chirurgie vasculară	9
67	2141	Ginecologie	4
68	2151	Gineco-oncologie	5
69	2173	Neurochirurgie	7
70	2181	Obstetrică	4
71	2191	Obstetrică-ginecologie	4
72	2201	Oftalmologie	4
73	2202	Oftalmologie copii	6
74	2211	Ortopedie și traumatologie	6
75	2212	Ortopedie pediatrică	6
76	2221	Otorinolaringologie (ORL)	6
77	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	4
78	2241	Sterilitate - infertilitate	3
79	2263	TBC osteoarticular	29
80	2301	Urologie	7
81	2302	Urologie pediatrică	7
82	6013	Chirurgie maxilofacială	5

*) Pentru prematurul mic și foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

NOTA I:

1. La spitalele/secțiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

2. Pentru secția recuperare neurologie adulți "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniței" din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

3. La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 49 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici și patologii posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică și balneologie este de 21 de zile, cu excepția cazurilor complexe după intervenții neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme craniocerebrale, tumori operate și cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile

4. Pentru secțiile recuperare cardiovasculară adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

I. Contul de execuție a bugetului instituției publice - Cheltuieli la data de

.....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - anuale
- B - trimestriale
- C - bugetare
- D - legale
- E - totale
- F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificația bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăți efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizații de conducere	10,01,03						
Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanță	10,01,09						
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10,01,12						
Indemnizații de delegare	10,01,13						
Indemnizații de detașare	10,01,14						
Alocații pentru locuințe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuții	10,03						
Contribuții de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuții de asigurări de șomaj	10,03,02						
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10,03,04						
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10,03,06						
Contribuții la Fondul de garantare a creanțelor salariale	10,03,07						

TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII total,	20					
Bunuri și servicii	20,01					
Furnituri de birou	20,01,01					
Materiale pentru curățenie	20,01,02					
Încălzit, iluminat și forță motrică	20,01,03					
Apă, canal și salubritate	20,01,04					
Carburanți și lubrifianți	20,01,05					
Piese de schimb	20,01,06					
Transport	20,01,07					
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20,01,08					
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20,01,09					
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20,01,30					
Reparații curente	20,02					
Medicamente și materiale sanitare	20,04					
Hrană	20,03					
Hrană pentru oameni	20,03,01					
Hrană pentru animale	20,03,02					
Medicamente	20,04,01					
Materiale sanitare	20,04,02					
Reactivi	20,04,03					
Dezinfectanți	20,04,04					
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05					
Alte obiecte de inventar	20,05,30					
Deplasări, detașări, transferări	20,06					
Deplasări interne, detașări, transferări	20,06,01					
Deplasări în străinătate	20,06,02					
Materiale de laborator	20,09					
Cărți, publicații și materiale documentare	20,11					
Consultanță și expertiză	20,12					
Pregătire profesională	20,13					
Protecția muncii	20,14					
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24					

Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20,25					
Alte cheltuieli	20,3					
Protocol și reprezentare	20,30,02					
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20,30,30					
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE total,	51					
din care:						
Acțiuni de sănătate	51,01,03					
Programe pentru sănătate	51,01,25					
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51,01,38					
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51,01,08					
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51,02,11					
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51,02,12					

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitalicești realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanțate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de spitalizare de zi contractat*)	

NOTĂ: *) Tarifele menționate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitalicești

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

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

Și

Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax e-mail, reprezentată prin,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Servicii medicale spitalicești

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

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 psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Fac excepție urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la Art. 105, 113 și 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale, internările pentru persoanele private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și transferul intraspitalicesc atunci când se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc și situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene /Spațiului Economic European /Elveția, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și

beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) 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.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitalicești, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale spitalicești cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) 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, depuse până la data prevăzută în contract, 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, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

l) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, funcție de tipul de internare așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate;

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa

Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) 1. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza modelului de formular, prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contract, acesta se modifică în consecință.

2. programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie la externare medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise 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; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării într-un singur exemplar, care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

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

y) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare, cu asigurarea confidențialității și securității datelor cu caracter personal;

z) să acorde serviciile medicale de urgență necesare, în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, 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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

aa) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați

contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora - pentru unitățile sanitare publice cu paturi contribuția personală a asiguraților este de maxim 300 lei/zi.

Suma reprezentând coplata și suma reprezentând contribuția personală a asiguraților pentru serviciile hoteliere cu un grad ridicat de confort peste cel standard se încasează la externare.

ab) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014;

ae) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare-reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ag) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii;

am) să asigure continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate care asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare și a spitalelor pentru bolnavii cu afecțiuni cronice pentru care nu este obligatorie această condiție;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit.ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

ar) să raporteze consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site –ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie, informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum.

as) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa 41 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

aș) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

at) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

aț) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transport pacienți din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

au) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească.

av) să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activitatea anului 2012, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ax) unitățile sanitare private cu paturi sunt obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate de acestea pentru cazurile transferate către aceste unități, în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi respectivă.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată 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 – DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014: lei

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri

- prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabilește astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat și este de lei.

Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizor și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secția/compartimentul de paliativ din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici și de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014: lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri/cazuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1380 lei - tariful pe caz rezolvat $\leq 1/3 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1380$ și nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei - tariful pe caz rezolvat $\leq 1/5 \times$ valoarea relativă a cazului $\times 1.380$) și nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăși 30 % din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condițiilor prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgență, și neinternate prin spitalizare continuă, precum și pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din cadrul spitalului se stabilește prin înmulțirea numărului de cazuri cu tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Aceste sume se evidențiază distinct în prezentul contract."

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie."

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2013 este de lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2013 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,
din care:

- luna I lei
- luna II lei
- luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,
- din care:
- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,
- din care:
- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
- din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, numai pentru spitalele care nu sunt beneficiare ale Programului pentru îngrijirea cazurilor critice a cărui finanțare este asigurată din bugetul Ministerului Sănătății, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de, 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 justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale 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.

(7) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale 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. 61 alin. (4) din Contractul-cadru

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013 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 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit. a) –an) și as)- av) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. ar) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective, suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(5) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(6) Recuperarea sumei conform alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (3) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

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

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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;

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) În situațiile prevăzute la lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Prevederile art. 19 și art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. /2013, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) 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 motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

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

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,
.....

Director medical,
.....

Director financiar-contabil,
.....

Director de îngrijiri,
.....
Director de cercetare-dezvoltare,
.....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr.

Documentele *) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr.,
- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare,
- contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr.,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.,
- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului,
- lista afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013,
- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale - DCI - și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,

- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014,

- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014,

- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari,

- declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele de practică medicală, elaborate conform prevederilor legale în vigoare,

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice; pentru spitalele de specialitate - documentul privind dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale;

- declarație pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117 /2013,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor.

- declarație autentică din partea unităților sanitare private cu paturi prin reprezentantul lor legal referitoare la asumarea obligațiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către unitățile sanitare publice cu paturi pentru cazurile transferate către acestea, fie direct fie prin intermediul unei asigurări

- documentul prin care se face dovada că spitalul a solicitat acreditarea în condițiile legii

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

I. ACTE ADIȚIONALE

1. Act adițional

"Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și cabinete de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete de specialitate integrate ale spitalului și cabinete de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013

Actul adițional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice.

2. Act adițional

"Pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv în laboratorul/laboratoarele din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești."

Actul adițional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

II. Pentru serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază, minimal și facultativ pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

A. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultații de urgență la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

- a. mai mult de 2 minute între contracții (prima naștere)
- b. mai mult de 5 minute între contracții (la a II-a, a III-a naștere)
- c. sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- d. crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- e. dureri abdominale și temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
- f. dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
- g. dureri neobișnuite, fără sarcină, fără slăbiciune

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- a. febră
- b. amețeli dar nu slăbiciune
- c. simptome neclare, dar nu slăbiciune
- d. probleme psiho/sociale

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- a. arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conștient, nu este cunoscut cardiac
- b. arsuri minore
- c. cădere de la o înălțime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conștient fără semne de leziuni grave

- d. implicat în accident/incident fără simptome

4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- a. pacient conștient fără dificultăți în respirație sau alte simptome
- b. leziuni minore după scufundare

5. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- a. înțepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
- b. înțepătură cu reacție locală puternică fără reacție generală
- c. mușcătură de animal cu leziune tegumentară

6. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- a. Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgență)
- b. Plăgi și contuzii, leziuni minore
- c. Implicat în accident, fără simptome

7. INTOXICAȚII, COPII

- a. Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanțe periculoase
- b. Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgență

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- a. Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgență
- b. Plăgi, contuzii, leziuni minore
- c. Implicat în accident fără semne sau leziuni

9. HIPO-HIPERTERMIA

- a. Hipotermie ușoară fără alte simptome
- b. Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine

10. LEZIUNI CHIMICE

- a. Leziuni minore prin corosive
- b. Implicat în accident, fără alte simptome, semne

11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)
- Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
 - Implicat în accident fără alte simptome sau semne
 - Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic
12. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE
- leziuni minore neproduse de arme
 - victimă a violenței, nu sunt leziuni evidente, fără reacție psihică
13. ALERGII
- prurit și eritem
 - reacție alergică cu durată mai mare de 30 min. după expunere
 - îngrijorare în privința reacției alergice, fără simptome în prezent
14. SINCOPA
- lipotimie, bine acum
 - suspect sincopă la NTG, acum bine
 - aproape de sincopă, bine acum
 - cunoscut epileptic, tendință la sincopă, recuperează
15. SÂNGERAREA
- sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
 - fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
 - hematurie
 - epistaxis minor
 - sângerări repetate la pacienți aflați sub tratament cu anticoagulante, altfel bine
16. DURERI TORACICE
- durere la respirație sau exerciții, în plină sănătate
 - aritmie cardiacă, simte că se pierde bătăi ale inimii, altfel bine
17. DIABET ZAHARAT
- temperatură, fără alte simptome generale
 - infecție localizată, fără alte simptome generale
 - pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
 - pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr
18. TEMPERATURĂ
- gripă sau răceală
 - roșu în gât, altfel bine
 - temperatură, altfel bine
 - tuse, altfel bine
19. AVC (APOPLEXIE)
- paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
 - paralizie după semne de AVC recuperat acum
20. CEFALEE
- creștere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice
 - antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
 - cefalee (concomitent simptome moderate de greață, sensibilitate la sunet și lumină)
 - cefalee fără alte simptome
 - suspect sinuzită
21. CONVULSII
- antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
 - copil sub șase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează
22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
- durere nespecifică, altfel bine
 - diaree și vomă, altfel bine
 - suspect apendicită, altfel bine
 - dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
 - temperatură, dureri de spate în zona inferioară
 - dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează

g. dureri constrictive în abdomen, constipație

h. dureri de spate

23. PSIHIATRIE/SUICID

a. antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută și corespunde antecedentelor)

b. gânduri de suicid

c. pacient deprimat, fără intenții de suicid

d. ingestie de substanțe toxice, în doză minimală

e. simptome de abținere (sevrăj)

f. atac brusc de agitație motorie cu sau fără dificultăți respiratorii

24. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

a. temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie

b. parestezii sau amorțeală în jurul gurii și a degetelor

c. tuse, altfel bine

d. suspect corp străin în gât, fără dificultăți respiratorii acum

25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

a. ingestia de substanță periculoasă în cantități mici fără semne sau simptome

b. simptome de sevrăj

26. COPIL BOLNAV

a. antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă

b. gât roșu, altfel bine

c. temperatură, altfel bine

d. tuse, altfel bine

e. simptomele unei răceli obișnuite

f. corp străin în nas sau ureche

27. URECHEA

a. dureri în ureche

b. secreții din ureche

c. leziuni minore la ureche

d. amețeală trecătoare, fără alte simptome

e. suspect sindrom de hiperventilație

f. zgomote în urechi

g. corp străin în canalul auditiv

28. OCHIUL

a. leziuni izolate minore

b. dureri acute în ochi, fără alte simptome

c. conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor

d. Ochi dureros după privirea unei operațiuni de sudură, albeață

Pentru urgențele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unitățile specializate private, consultații de urgență la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

B. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport sanitar:

1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege;

2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

II. Transport sanitar neasistat al pacienților:

3. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluat în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluat în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

4. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) și revascularizare periferică (by-pass aortofemural etc.), malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, BPOC oxigenodependent și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat contract de furnizare de servicii medicale, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare;

5. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

CAPITOLUL II Pachet minimal pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A și B.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

Persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A și B.

CAPITOLUL IV

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A și lit. B pct. I.

CAPITOLUL V

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A și B.

CAPITOLUL VI

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A și lit. B pct. I sau Cap. I lit. A și lit. B, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu pentru unitățile specializate private

1. Statul de personal.

2. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2013 pe elemente de cheltuieli

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a	10.03.07	

creanțelor salariale		
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianti	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	

Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii.

MODALITATEA DE PLATĂ
a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

ART. 1 Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 2 Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

1. pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (2) lit. b) și/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat conform condițiilor inițiale de contractare.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultații de urgență la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar. Pentru unitățile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera B pct. I. pozițiile 1 și 2 și pct. II din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat 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 serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenție destinate consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

a) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;

d) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu este de 197 lei pentru unități specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs, respectiv km efectiv realizat pentru autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu este de 1,18.lei, pentru transportul sanitar neasistat: cu ambulanțe tip A1 și A2 tariful este de 1,80 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat este de 0,92 .lei.

(3) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 76 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) și (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT**de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat****I. Părțile contractante**

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

și

Unitatea specializată privată reprezentată prin:,
cu sediul în, str. nr., telefon fix/mobil, e-mail:
..... fax,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat furnizate

ART. 2 Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități specializate private, autorizate și evaluate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform

Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casa de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013, furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii, a listei certificată de către serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, precum și a celorlalte documente justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract, cu încadrarea în sumele negociate și contractate.

g) să deconteze furnizorului consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

h) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.

i) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

ART. 6 Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului și ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect și la zi toate formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate.

g) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat asigurătorilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

l) 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;

m) să acorde consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat utilizând mijlocul de intervenție și transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

n) să elibereze certificatele constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

o) să introducă monitorizarea apelurilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

p) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

q) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

r) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor.

s) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

ș) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

t) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale;

VI. Modalități de plată

ART. 7

(1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

a) pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport - cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport - și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la alin. (2) lit. b) și/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar conform condițiilor inițiale de contractare.

(2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a activităților de transport neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse și tariful

minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora - dar nu mai mult de 21% față de cel contractat - numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora .

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată - dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate - cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera B pct. I pozițiile 1 și 2 și pct. II din anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat pentru anul 2013 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 9 (1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea serviciilor 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 și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) Plata consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților specializate private prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea și rezilierea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

- a1) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului, după caz;
- a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului 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 motivului și a temeiului legal.
- d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) compartimentul nu mai îndeplinește condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea autorizației de funcționare, respectiv a dovezii de evaluare;
- 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.
- d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 și 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, nu se aplică unităților medicale specializate private care acordă consultații de urgență la domiciliu și servicii de transport sanitar neasistat.

Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative 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 3 luni într-un an;
- 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 urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;
- g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- h) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1);

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea /modificarea contractului.

(6) 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. (3), (4) și (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) și la art. 16 lit. a) subpunctele a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității specializate private declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

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

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....

FURNIZOR
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară nr.,
- Autorizația de funcționare,
- Dovada de evaluare nr. valabilă la data încheierii contractului,
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare,
- Contul nr. deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. deschis la Banca,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul de asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- Structura organizatorică avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, compartimentul de consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat,
- Lista personalului angajat:

Medici:

- 1) Nume Prenume
- Cod numeric personal
- Specialitatea
- Codul de parafă al medicului
- Program de lucru
- 2)
- Asistenți medicali
- 1) Nume Prenume
- Cod numeric personal
- Program de lucru
- 2)
- Alte categorii de personal:
- 1) Nume Prenume
- Cod numeric personal
- Program de lucru
- 2)
- Lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenție din dotare:
- Ambulanțe tip A1:
- 1) Model/Număr de înmatriculare
- 2)
- Ambulanțe tip A2:
- 1) Model/Număr de înmatriculare
- 2)
- Autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu:
- 1) Model/Număr de înmatriculare
- 2)
- Autovehicule destinate transportului sanitar neasistat:
- 1) Model/Număr de înmatriculare
- 2)

- Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural

- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanțelor, după caz, emise conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respirație
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*)/subcutanat*)/intradermic*)/oral/pe mucoase
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)
6	Sondaj vezical la femei și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)
8	Recoltarea produselor biologice
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/aparținătorilor
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor
19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren
21	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale

23	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale și recomandarea dietei și modul de administrare, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem și contenție elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicație prin nebulizare
33	Aspirație gastrică
34	Aspirație căi respiratorii
35	Paracenteză

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

**) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 - 35 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.
2. Serviciile de la punctele 1 - 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.
3. Serviciile de la punctele 25, 27 - 35 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.
4. În tarife sunt incluse și costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

NOTA I:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu

NOTA II:

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale

CONDIȚIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu și
modalitățile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 C la ordin, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate inclusiv medicii de familie recomandă îngrijiri medicale la domiciliu, numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3.

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultații și fișa de observație a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesității efectuării îngrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 50 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate și efectuate minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate și efectuate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive,

la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;

- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3),

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative și asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice și cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață și cu status de performanță ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanță ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialități oncologie și boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27 D la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmește după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 60 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la

domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt cuprinse în cadrul planului de îngrijire și efectuate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire și efectuate / număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative și asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 27 B.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcție de necesitățile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (3), cu excepția situației în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului, situație în care se suspendă episodul de îngrijiri paliative fără a fi necesară reluarea procedurii de aprobare de către casa de asigurări de sănătate.

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal – CNP/cod unic de asigurare, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal – CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura asiguratului, unuia din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primită, în maxim 2 zile lucrătoare de la data depunerii și este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanță ECOG al asiguratului și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de desfășurătorul serviciilor efectuate în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2).

(5) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(6) În situația în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asigurații au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise, începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2).

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 27 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin:

Persoana fizică/juridică având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013.

V. Obligațiile părților**A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate**

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, autorizați și evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, 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, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

f) să recupereze de la furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților fără nicio discriminare;

k) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

l) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

n) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. Modelul formularului de recomandare este prezentat în anexa nr. 27 C respectiv anexa nr. 27 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a

Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative sau își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative;

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată - pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

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

q) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

ș) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ț) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

u) 1. să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, conform modelului de formular prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

u) 2. programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

v) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 50 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate și efectuate minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate și efectuate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape - episoade de îngrijire. Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 60 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate și efectuate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire și efectuate / nr. minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014,

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(7) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013.

(8) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(9) În situația în care, la data intrării în vigoare a Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, asigurații au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise se vor lua în calcul prevederile de la art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, ținându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu.

(10) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor cazuri:

a) dacă furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și de documentele justificative 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 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de

sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor - pentru serviciile de îngrijiri paliative, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - l), m), s), t) și u);

i) în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art. 7 lit. n) - q).

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - m), s), t) și u) se aplică următoarele sancțiuni:

1. la prima constatare, avertisment scris;

2. la a doua constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu 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 motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun

alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. Ț), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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 obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu a obligației de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XII. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

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

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

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemple a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE
LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE
LA DOMICILIU

Reprezentant legal

.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului;
- Cont nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, Cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal, după caz;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului nr.;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract și funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;

- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.;

- Copie după actul constitutiv;

- Împuternicire legalizată nr. pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.

- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic

- Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului

- copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor

- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali

- programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi ore profesia

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2013 - 2014, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare, actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv medicul de familie/medicul de specialitate din spital, dr., din unitatea sanitară, statusul de performanță ECOG al asiguratului, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. /data

DECIDE

ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....
.....

pentru zile, cu tariful pe o zi de îngrijire de lei, pentru zile cu tariful pe o zi de îngrijire de lei, pentru numitul cu diagnosticul de

ART. 2 Tariful/tarifele pe o zi de îngrijire prevăzut/prevăzute la art. 1 este/sunt suportat/suportate de către Casa de Asigurări de Sănătate.

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 10 zile lucrătoare de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Președinte-Director General,

Viza CFP

Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA
DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAȚI ÎN RELAȚIE
CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

**PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU
SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU**

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliuC.U.I.....

Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

Numele și prenumele asiguratului

CNP/cod unic de asigurare al asiguratului

Diagnostic medical

Diagnostic boli asociate

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data efectuării serviciilor

B - Nume prenume evaluator

C - Semnătura evaluator

Evaluare inițială			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							
Re-evaluare			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014

**RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu**

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.....

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului
2. Domiciliul
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare.....
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:
5. statusul de performanță ECOG*)
6. Servicii de îngrijiri recomandate:
(cu denumirea din anexa nr. 24 la ordin*1))
a) periodicitate/ritmicitate
b)
c)
d)

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**)

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se
externează asiguratul și
semnătura șefului de secție

Ștampila furnizorului de servicii
medicale din ambulatoriul de
specialitate/asistență medicală primară

Data
Semnătura și parafa medicului
care a avut în îngrijire
asiguratul internat
.....

Data
Semnătura și parafa medicului din
ambulatoriul de specialitate/medicului
de familie
.....

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare);

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).

***) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri.

*1) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

Nota:

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

**RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu**

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.....

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului
2. Domiciliul
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:
5. statusul de performanță ECOG*)
6. Servicii de îngrijiri recomandate:
(din anexa nr. 24 la ordin*1))

- a)
- b)
- c)
- d)

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se externează asiguratul și semnătura șefului de secție	Ștampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data	Data
Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viață pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

*1) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014

CONDIȚIILE**acordării asistenței medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și modalitatea de plată a acestora**

ART. 1 (1) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

c) rata medie de utilizare a paturilor la nivel național și în conformitate cu planul de paturi la nivel județean, stabilite prin ordin al ministrului sănătății; rata medie de utilizare a paturilor la nivel național luată în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național;

e) durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă de spitalizare se va lua în calcul durata optimă dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă de spitalizare.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2012.

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitalicești pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)

1. Sanatorii balneare	129
2. Sanatorii	110
3. Preventorii	62

NOTĂ:

Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2012 + 15%. Pentru furnizorii care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful maximal se diminuează cu 20%.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare negociat, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului:

Tipul de asistență balneară	Durata*)	Contribuția asiguratului**)
1. Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	10 - 14 zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	14 - 21 zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Serviciile medicale acordate pentru duratele de spitalizare mai mari de 14, respectiv 21 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici de 10 respectiv 14 de zile, conform aceluiași procent. Contribuția asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

***) 1. Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepții:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile care au fost acordate în unități sanitare de stat.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Administrației și Internelor și Ministerului Apărării Naționale.

2. Pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie efectuate în sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie efectuate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în unități sanitare cu paturi.

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

ART. 4 Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurării internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurării, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. 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 justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale 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.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile și preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20

decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Pentru spitalele de recuperare și secțiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se fac în condițiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 8 Medicii care își desfășoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital - cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și balneologie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie a sănătății, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și balneologie, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 10 Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ART. 11 Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Elveția.

ART.12 Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie - pentru sanatorii și preventorii –****I. Părțile contractante**

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

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fix/mobil, e-mail, fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în sanatorii și preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie de către medicii de familie, 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, medicină fizică și balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.

..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative; prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

h) 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, depuse până la data prevăzută în contract, 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, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în baza biletelor de trimitere/biletelor de internare, dacă acestea sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

k) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;
- e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;
- f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;
- g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- h.1) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.
- h.2) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.
- i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate și sunt decontate de către aceasta; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie la externare medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ș) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

ț) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

v) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere/de internare, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, 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; Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii

Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Elveția

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, sau după caz medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere/de internare cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

z) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

aa) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

ab) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

ac) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare;

ae) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii;

af) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

ag) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ah) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ag), toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și de tariful/zi de spitalizare negociat diferențiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x %	6 = 4 - 5
Asistență balneară terapeutică - cu trimitere medicală -					
Asistență balneară de recuperare medicală - cu trimitere medicală -					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secțiile sanatoriale din spitale și preventorii este de și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie contractate stabilită pentru anul 2013 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,
din care:
 - luna I lei
 - luna II lei
 - luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,
din care:
 - luna IV lei
 - luna V lei
 - luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,
din care:
 - luna VII lei
 - luna VIII lei
 - luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
din care:
 - luna X lei
 - luna XI lei
 - luna XII lei.

(4) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de, 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 justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale 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.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit. a) - ae) atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ah) se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligațiilor de la art. 6 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(4) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare, medicină fizică și balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, 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) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

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.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 și art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare, medicină fizică și balneologie.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

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

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției Economice,
.....

Director executiv al Direcției Relației contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie - pentru sanatorii și preventorii - nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie - pentru sanatorii și preventorii -, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr.,
- dovada de evaluare nr. /, valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr.,
- cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului,

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,

- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare,

- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, ,

- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, ,

- declarația pe propria răspundere a managerului unității sanitare cu paturi că folosește protocoalele, elaborate și aprobate conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și a celor off-line, pe medic prescriptor, și vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora.

(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), factura și borderoul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat inclusiv de către asigurat/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia. În cazul eliberării medicamentelor prescrise de mai mult de o farmacie, prescripția medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar

rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o atașează la factura și borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia își poate păstra pentru evidența proprie o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o atașează, alături de un exemplar al prescripției (componenta prescriere) depuse de asigurat, la factura și borderoul centralizator care se înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(6) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(8) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) 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 al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(9) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART. 4 (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală electronică, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când 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 și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație, luându-se în considerare medicația prescrisă anterior și în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare.

(3) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere efectele secundare sau ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI și pentru care medicul prescriptor a întocmit fișă de farmacovigilență pe care a înaintat-o Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

ART. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, seria și numărul actului de identitate, codul numeric personal (CNP)/codul unic de asigurare/numărul cardului european/numărul pașaportului corespunzătoare acestuia și data eliberării medicamentelor.

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acestuia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care

renunță, și care se depune de farmacie la casa de asigurări de sănătate. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță, și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar (componenta eliberare) cu DCI/medicamentele eliberate care va fi înmănat asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul 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 al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de 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.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta și pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții medicale în condițiile

prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european și țara, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv numărul pașaportului, țara și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor/documentelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular/document european).

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și pentru sumele decontate pentru prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european).

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate după caz, cu evidențierea distinctă a sumei corespunzătoare procentului de 40% pentru prescripțiile de care beneficiază pensionarii cu venituri de până la 700 de lei/lună suportate din bugetul Ministerului Sănătății prin transfer către bugetul fondului.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emisie a acestuia.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART. 14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și metoda de calcul pentru sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală.

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată.

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - Secțiunile C1 și C3;

Deținătorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puțin 50% din consumul cantitativ de medicamente din cadrul unui DCI pe fiecare formă farmaceutică și concentrație corespunzător anului anterior și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate.

d) Pentru situațiile prevăzute la lit. a) – c) se au în vedere prevederile art. 102 alin. (5) și (6) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcției de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică;
- un medic reprezentant al direcției de sănătate publică;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;
- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabilește criteriile de includere/excludere în/din tratament și aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de așteptare (unde nu există protocoale la nivel național) și punerea în aplicare a acestora în activitatea desfășurată;

- pentru bolile la care există protocoale la nivel național prin care se aplică criteriile de prioritizare întocmește listele de așteptare, dacă este cazul;

- aprobă/respinge referatul întocmit de medicul curant prin care acesta recomandă tratamentul cu un medicament ce necesită aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, conform criteriilor de includere/excludere în/din tratament. O copie a referatului aprobat/deciziei de aprobare emisă de către comisiile județene sau comisiile de la nivelul CNAS se va atașa la prescripția medicală care însoțește factura și borderoul centralizator depuse la casa de asigurări de sănătate.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;

- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2013 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei „bun de plată” facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la alin. (2).

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT

de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

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

și

Societatea comercială farmaceutică, reprezentată prin

Farmacii 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, reprezentată prin,

având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax e-mail, și punctul în comuna, str. nr.,

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, reglementărilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

ART. 3 Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății comerciale:

1. din, str. nr. ..., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /....., farmacist

2. din, str. nr. ..., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /....., farmacist

3. din, str. nr. ..., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /....., farmacist

NOTĂ:

Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are 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, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) 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 atenționează medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora și încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală la termenele prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

d) să urmărească lunar, în cadrul aceluiași DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preț pe unitate terapeutică/preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de referință, și total consum medicamente; să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

e) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru afecțiunile cronice, 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 situațiilor prevăzute la art. 103 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

f) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

g) să aducă la cunoștința 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;

h) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

i) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunea C1 și C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI), cu prioritate la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris.

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

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;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013, 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 platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu: factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a

datei de emitere a acestuia, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate casei de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul Unic Integrat și cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului aprobat prin Decizia Adunării Generale Naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului deontologic al farmacistului, 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 continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă 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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013;

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

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 oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract.

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

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunea C1 și C3 ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe verso-ul prescripției. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe verso-ul prescripției.

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) 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;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum și situația substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) 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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013, privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 101 lit. c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune;

y) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

z) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României și raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacia/oficina precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - (farmaciștii și asistenții de farmacie) care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia.

ab) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European /Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România ; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

VI. Modalități de plată:

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emisie a acestora. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, pentru care se completează prescripții distincte.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv țara, numărul pașaportului și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor / documentelor europene.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevăzut în prezentul contract, se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment scris la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j)-x) și ab), se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment, la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2013 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei „bun de plată” facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 12 Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract 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 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării 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;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

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

f) odată cu prima constatare după aplicarea a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) 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 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j)- x) și ab) pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente 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 și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

j) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) 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;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) 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) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 98 alin. (1) lit. a) - d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. aa) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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 obiective independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligației de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi ori până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora ajunge la valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficinele locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. f) - h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ț) și v), se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 alin. (1) și art. 18 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuție 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 comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 și lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența:

ART. 21 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul farmaciei declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

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

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor:

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,

.....
Director executiv al
Direcției economice,

.....
Director executiv al Direcției
relații contractuale,

.....
Vizat
Juridic, Contencios

FURNIZOR DE MEDICAMENTE ȘI
MATERIALE SANITARE
Reprezentant legal,

.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,
- certificat de înmatriculare la Registrul comerțului nr. sau actul de înființare
- contul nr. deschis la Trezoreria Statului
- cod unic de înregistrare nr.,
- dovada de evaluare a farmaciei nr. valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - (farmaciștii și asistenții de farmacie) - care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului nr.
- dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- program de lucru atât pentru farmacii cât și pentru oficiile locale de distribuție,
- lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor și durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi și număr ore/săptămână),

- Autorizația de funcționare nr., eliberată de Ministerul Sănătății
- Certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România, avizat anual, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate.
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului
- Certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică - eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România - filiala județeană

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

**PACHET SERVICII DE BAZĂ LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE
RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN
AMBULATORIU**

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialiști recomandă protezare bilaterală.
2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună
		b) pentru urostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

***) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului specialist, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

NOTĂ:

1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.
2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăți)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăți)
5	Benzi pentru incontinență urinară		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) convențională, din piele	2 ani
		c) geriatrică	2 ani
		d) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani
		b) combinată	2 ani
		c) din plastic	2 ani
		d) cu vacuum	2 ani
		e) geriatrică	2 ani
		f) modulară	4 ani
		g) modulară cu vacuum	4 ani

6	Proteză de șold	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani

NOTĂ:

1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională	2 ani
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani
		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani

		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	

	a) cu antrenare manuală	
	b) triciclu pentru copii	

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni		
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoracico-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/ fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de șold		12 luni
6	Orteze șold - genunchi		12 luni

7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

- 1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.
- 2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
- 3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
- 4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni

		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)	- - concentrator de oxigen	

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere.

CAPITOLUL II

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de dispozitivele medicale prevăzute la cap. I.

CAPITOLUL III

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de dispozitivele medicale prevăzute la cap. I, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITATEA
de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor
deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripții medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului prevăzut în anexa nr. 35 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condițiile prezentelor norme.

(2) Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 32 la ordin. 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.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență urinară în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinență urinară permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieșire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal – CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie), cu codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic. În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență urinară permanentă se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

ART. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, aparținător sau împuternicit legal în acest sens sau se expediază prin poștă în maximum 2 zile de la emiterie în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

(3) 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 stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație și se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților, în condițiile art. 117 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică în mod corespunzător și pacienților cu incontinență urinară permanentă.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde

termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu, fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal – CNP/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, și dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezării pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 (1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă, în cazul decesului asiguratului în cursul unei luni.

ART. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

CONTRACT**de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu****I. Părțile contractante**

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

și

Furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau
împuternicitul legal al acestuia, după caz,

- având sediul social în localitatea, județul/sectorul str.
..... nr., telefon, fax,

- se va menționa și punctul/punctele de lucru din județ cu informațiile solicitate anterior, după
caz.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate
recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru
privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 și Ordinului ministrului
sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea
Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării
asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Dispozitive medicale furnizate

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt
prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013
a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări
sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 și constau în:

a)

b)

c)

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de
aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul
sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea
Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților**A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate**

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizați și evaluați, astfel încât să
se asigure punerea în aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării
asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014
aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de

aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, 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 asiguraților;

b) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

c) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013, furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare precum și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013.

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și să specifice pe verso-ul 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 asiguraților;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc; validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) 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.

i) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere

j) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

k) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

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 și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății 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; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

h) să emită, în vederea decontării și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută la art. 7 alin. (1) dar nu mai târziu de 30 de zile de la predarea dispozitivului, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele medicale fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către același furnizor autorizat și evaluat care a efectuat audiograma inițială pentru stabilirea diagnosticului, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

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 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

m) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari

ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

n) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative;

p) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului și dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social cât și pentru punctele de lucru precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

q) să asigure acordarea dispozitivelor medicale în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure după caz, acordarea dispozitivelor medicale în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului și 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 aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate 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 integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și factură.

(4) 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 sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă, în cazul decesului asiguratului în cursul unei luni.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical și dovada verificării tehnice.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același

furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) 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/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) 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, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. deschis la Trezoreria statului.

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

VIII. Clauză specială

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) 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 și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 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 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

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

d) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) - l), o) și q;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea dispozitivelor medicale raportate în vederea decontării și cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate, precum și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

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;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 alin. (1) lit. d) cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a acestuia;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) 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. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din 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 obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) nerespectarea de către furnizori a obligației de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. a) – c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. p) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestuia.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor dispozitive medicale atinge valoarea concurrentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 14 și art. 15 alin. (1) lit. a) și c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) – l), o) și q se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) lit. b) și c) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) lit. b) și c) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) lit. b) și c) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

X. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de

asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

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

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE DISPOZITIVE
MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu nr.

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înființare nr. conform prevederilor legale în vigoare,
- Codul unic de înregistrare nr.,
- Certificat de înscriere de mențiuni, cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr., deschis la Trezoreria Statului
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr. /data valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. /data, valabilă la data încheierii contractului;
- Certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz,
- Avizul de funcționare emis, după caz, de Ministerul Sănătății,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr., pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- Lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Programul de lucru:
 - sediul social (după caz)
 - punctul de lucru
- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr. pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz
- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul specialist dr., din unitatea sanitară, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr.

DECIDE

Art. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

.....

.....

pe o perioadă de termen de înlocuire de pentru numitul

.....

Art. 2 Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate este:

Art. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de

Art. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Președinte-Director General,

.....

Viza juridic - contencios

.....

Viza CFP

.....

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAȚI AFLAȚI ÎN RELAȚIE
CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....
CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL TIP

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

**ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI
INCONTINENȚĂ URINARĂ NR./.....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

**ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A APARATELOR
PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. /.....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

RECOMANDARE
PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII
UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate - inclusiv medicina de familie, unitatea sanitară cu paturi - spitalul CUI.....

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

Nume, prenume medic Cod parafă medic

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Domiciliul

3. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului.....

4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

5. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa nr. 32 la ordin*)

.....

.....

Ștampila furnizorului de servicii
medicale

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

*) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014

CONVENȚIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală,

I. Părțile convenției

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general, și

Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafă Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești numai pentru elevi, respectiv studenți; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă;

b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești;

b) medicii care acordă asistență medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice;

d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pentru elevi, respectiv studenți și medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară și panoramică,

(4) Prin medicii/medicii dentiști din cabinete școlare și studențești menționați la alin. (1) - (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte ale formularelor de prescripții medicale electronice cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenții, precum și a prescripțiilor medicale electronice eliberate de aceștia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

f) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

h) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală

prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

i) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

j) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu la data prevăzută în convenția privind eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

k) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la lit. j), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

ART. 5 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. k), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(2) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) și la art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

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

(6) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligației de la art. 4 lit.k) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 6 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în

domeniul sănătății, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 7 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații;

a1) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

ART. 8 Situațiile prevăzute la art. 6 și la art. 7 lit. a) subcpt. a2), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 7 lit. a) subcpt. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 9 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 10 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,
.....

Medic
.....

Vizat

Juridic, contencios

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de

asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă încheie 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, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

CONVENȚIE

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești - recomandare de internare - formular cu regim special unic pe țară

I. PĂRȚILE CONVENȚIEI

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director general,

și

- Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr.

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare- reprezentat prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS, prin contractul nr., cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

II. OBIECTUL CONVENȚIEI

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr./2013 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr./2013.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/ cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.//.....

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

IV. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele, unitățile medico-sociale și cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicești acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unitățile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Unitățile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. ÎNCETAREA ȘI REZILIEREA CONVENȚIEI

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/ centrul de dializă privat/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenții, conform solicitării

scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora.

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției 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 anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. CORESPONDENȚA

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. MODIFICAREA CONVENȚIEI

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,

Unitatea medico-socială/
Unitate sanitară cu paturi/
Cabinet de medicina muncii/
Centrul de dializă privat
Reprezentant legal

Vizat

Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie 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.

Denumire Furnizor
Medic
Contract/convenție nr.
CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că, născut la data de, CNP/cod
unic de asigurare, a fost consultat în serviciul nostru la data de
nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării

.....
.....

Diagnosticul:

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

Anamneza:

- factori de risc

.....
.....

Examen clinic:

- general

.....
.....

- local

.....
.....

Examine de laborator:

- cu valori normale

.....
.....

- cu valori patologice

.....
.....

Examine paraclinice:

EKG

.....
.....

ECO

.....
.....

Rx

.....
.....

Altele

.....
.....

Tratament efectuat:

.....
.....

.....
Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....

Tratament recomandat (în situația în care la externarea din spital se eliberează prescripție medicală se va înscrie seria și numărul acesteia):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

**LISTA AFECȚIUNILOR CRONICE*) PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ
EVIDENȚA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE**),
MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU***)**

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

1. Afecțiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)
5. Insuficiența renală cronică – dializă

B. Afecțiuni cronice pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

1. Proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

C. Alte afecțiuni cronice

1. Boală cronică de rinichi - fază de predializă (G25)

NOTĂ:

*) În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte;

**) Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate;

***) Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

Denumirea furnizorului

 Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Martți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social									
Punct de lucru*)									
.....									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data

Reprezentant legal
 (semnătura și ștampila)

Notă: avizul direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în acest sens programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:

str. nr. tel./fax

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, cont nr. deschis la Trezoreria statului și sediul punctului secundar de lucru în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, tel./fax, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea	<input type="text"/>
încetarea	<input type="text"/>
suspendarea	<input type="text"/>

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive cu nr. / începând cu data de, având în vedere: (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. nr. din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, dispozițiilor art. nr. din anexa nr. la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate de la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.

5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope, se aprobă conform Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, pe care furnizorii au obligația să le completeze corect și la zi includ și evidențele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor.

9. Toți furnizorii de servicii medicale medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.

În situația în care furnizorii utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor.

CHESTIONAR PRIVIND SATISFACTIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit sa ne sprijine in ameliorarea performantei activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime

1. Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut ? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea prioritatii*
Curățenie
Lux
Aglomeratie
Dezordine
Mizerie
Disciplină
Liniște
Sărăcie
Altul
1.....	
Altul
2.....	

*Bifati 1, 2 sau 3 in ordinea prioritatii

2. Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifati o singura varianta)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ati ajuns sa apelati la internare pentru spitalul nostru (bifati una din variantele de raspuns):

- a. V-ati prezentat direct la camera de garda
- b. Ati avut trimitere de la medicul dumneavoastra de familie
- c. Ati venit cu trimitere de la medicul de ambulator
- d. Ati venit cu ambulanta
- e. Alta situatie

4. Sunteti la prima internare sau la o reinternare?

- a) Prima internare b) Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Ați fost condus la explorări?	1	
P3. Ați făcut baie la internare?	1	0
P4. Ați fost informat pe înțelesul dvs despre boala, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Ați avut complicații post-operatorii?	1	0
P7. Fiiolele s-au deschis în fața dvs?	1	0
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijirilor de care ați avut nevoie?	1	0
P9. Ați simțit nevoia să recompensați prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenție din partea acestora		

Apreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1 Total nesatisfăcă toare	2 Partial nesatisfăcă toare	3 Nesatis facator	4 Bună	5 Foarte bună	9 Nu am beneficiat/nu am observat
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul șederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea post operatorie și ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condițiilor de cazare – salon (dotare, facilități)	1	2	3	4	5	
Calitatea grupurilor sanitare (băi+WC)	1	2	3	4	5	
Curățenia în ansamblu	1	2	3	4	5	

Ținând cont de toate cele menționate mai sus vă rugăm să ne spuneți..

Cât de mulțumit sunteți/ați fost ?

Foarte nemulțumit	Parțial nemulțumit	Nemulțumit	Parțial mulțumit	Foarte mulțumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-ați întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care știți că este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte? /Ce v-a plăcut cel mai mult?.....

Dar negativ?/Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuiți situația care vi se aplică)

D1. Sexul 1 Masculin 2 Feminin

D2. Vârsta 1 < 20 de ani 2 20-29 ani 3 30-39 ani 4) 40-49 ani 5) 50-59 ani 6) 60-69 ani 7) 70 ani și peste

D3 Mediul de rezidență 1. Urban 2 rural

D4. Ultima scoala absolvită 1. Primară (14 clase) 2. Gimnazială (5-8) 3. Liceu 4. Facultate

D5. Starea civilă 1. Căsătorit 2. Necăsătorit 3. Concubinaj 5. Divorțat 4. Văduv

Notă: Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor art. 12 din Legea 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.