ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală:
Asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. În situaţia în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depăşesc competenţa medicului de familie, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate.

NOTĂ 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.
NOTĂ 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.
NOTĂ 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate distinct de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată şi pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.
În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi 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 naştere;
f) consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTĂ 1: În conformitate cu programul de monitorizare investigaţiile paraclinice şi 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 evidenţă de către acesta şi până la naştere.
NOTĂ 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni.

D. Imunizări:
I. conform programului naţional de imunizări:
a) antituberculoasă - vaccin BCG;
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;
c) testarea PPD;
d) antihepatită B;
e) antipoliomielitică VPO şi VPI;
f) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);
g) antirujeolică şi antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;
h) împotriva difteriei şi tetanosului - DT (revaccinare);
i) împotriva difteriei şi tetanosului la adulţi - dT (revaccinare);
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;
k) antirubeolică.
II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

E. Activităţi de suport
Eliberare de acte medicale:
- certificat de concediu medical, certificat de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

F. Servicii de planificare familială:
a) consilierea femeii privind planificarea familială;
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

A. Serviciile cuprinse la Capitolul I Pachetul minimal de servicii medicale

B. Servicii medicale curative:
Consultaţie pentru afecţiuni acute intercurente (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament).
-
NOTĂ: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută, pe asigurat şi pe an.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Serviciile cuprinse la Capitolul II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

B. Servicii medicale profilactice:
Urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a copilului prin examene de bilanţ:
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.

C. Imunizări
Vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, altele decât cele prevăzute la Cap. I, lit**.** D.

D. Servicii de promovare a sănătăţii
Educaţie medico-sanitară şi consiliere pentru prevenirea şi combaterea factorilor de risc, precum şi consilierea antidrog.

E. Servicii medicale de prevenţie
a) examen anual de bilanţ al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani;
b) control medical periodic al asiguraţilor în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate;
c) Control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecţiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competenţelor şi la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare;
d) Control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecţiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competenţelor şi la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidenţa şi raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. c).

F. Servicii medicale curative:
Consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute intercurente sau cronice programabile care cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general,
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,
- recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare,
- manevre de mică chirurgie, după caz.
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice.
- recomandare pentru consultatie la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie,
- recomandare pentru tratament de recuperare-reabilitare după caz.
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz.

NOTĂ 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate.
NOTĂ 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută, pe asigurat şi pe an.

G. Monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cuprinse în programele naţionale de sănătate şi unele afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS. Evidenţa şi monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:
- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite / mişcarea lunară / intrări/ieşiri
- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecţiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competenţelor şi la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidenţa şi raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. E, lit. c).

NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecţiuni cuprinse în programele naţionale de sănătate şi unele afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, casa de asigurări de sănătate decontează o consultaţie - control/evaluare periodică – epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz.

H. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor - maximum 5 consultaţii/săptămână/medic.

NOTĂ 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Caietul de domicilii" care va conţine: data şi ora vizitei, numele, prenumele şi CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria şi numarul), după caz.
NOTĂ 2: Pentru bolnavii nedeplasabili (insuficienţă cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegiie, fază terminală etc) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora.
NOTĂ 3: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei vizite la domiciliu, pentru acelaşi episod de boală acută, pe asigurat şi pe an.

I. Servicii medicale paraclinice
- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenţei şi a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiţionale la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 11.

CAPITOLUL IV Dispoziţii finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenţei bolnavilor cu afecţiuni cronice se realizează conform listei de afecţiuni cuprinsă în anexa nr.. 39 A.

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ şi din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistenţă medicală la domiciliu, medicamentele şi materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepţia celor asigurate de către alte instituţii în condiţiile legii.

3. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A şi B şi la cap.II lit.B.
Pentru situaţiile care se încadrează la Cap.II litera B, costurile investigaţiilor paraclinice recomandate şi al tratamentelor prescrise sunt suportate din FNUASS, în aceleaşi condiţii ca pentru asiguraţi.

4. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la Cap.III lit. A - H sau numai de unele dintre acestea, după caz.

5. Pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. I în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

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 investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie.

ANEXA 2

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale, precum şi în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

ART. 1 (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii şi plata prin tarif pe serviciu medical – consultaţie, pentru unele servicii medicale prevăzute Anexa 1 la ordin, precum şi pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii se stabileşte astfel:

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

Grupa de vârstă	0 – 3 ani	4 – 59 ani	60 ani şi peste
Număr de puncte / persoană / an	10,2	6,6	10,2

NOTA 1: Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4- 59 ani).
NOTA 2: În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate (copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora este majorat cu 5% faţă de punctajul acordat grupei în care se încadrează.

În acest sens, medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredinţat sau dat în plasament şi de persoană instituţionalizată;
NOTĂ 3: Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corepunzător grupei de vârstă „60 ani şi peste”.

2. la calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente;

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

4. Numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie pentru care se acorda punctaj per capita în vederea decontării prin tarif pe persoana asigurată este de 2.200.
Excepţie fac situaţiile în care medicul cu listă proprie desfăşoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 22 alin. (3) din Contractul-cadru.

5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate, în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de 35 de ore pe săptămână.
În situaţia în care numărul necesar al serviciilor de care beneficiază persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista proprie a medicului de familie creşte, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi corespunzător.

6. În situaţia în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de înscrişi pe listă, astfel:

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

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

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

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

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

6.3 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă depăşeşte 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

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

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

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

6.4 În situaţia în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie şi pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

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

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

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

b) Medicii nou-veniţi într-o localitate în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

262/2010, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 22 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, privind numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii, înscrişi pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o localitate în condiţiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, chiar dacă la sfârşitul celor 3 luni pentru care a avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) şi alin.(5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor şase luni în condiţiile art. 22 alin. (6).

Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit are obligaţia de a înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, venitul se stabileşte conform lit. a).

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

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/90/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru şi un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul şi pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărţit proporţional cu programul de lucru - exprimat în ore desfăşurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1, alin. (2), lit. a), pct. 5, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcţie de sporul de zonă aferent localităţii unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia 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 şi înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei.

e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A - F, cap. II lit. A, cap. III lit. B, C, D, E, G din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu – consultaţie se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

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

- Consultatie la domiciliu -15 puncte
- Consultaţie la cabinet - 5 puncte

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

- timpul mediu / consultaţie este de 15 minute
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1, alin. (2), lit. a), pct. 5;
- o consultaţie la domiciliu /zi

c) Serviciile cuprinse la cap. II lit. B şi cap. III lit. F şi H, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie.

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

a) medicamentele şi după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripţia medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie şi celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripţie medicală distinctă;

b) investigaţiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul, care se consemnează în fişa de consultaţie, în registrul de consultaţie şi în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potenţial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola şi 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 poliţie şi al autorităţilor publice locale.

În unităţile de învăţământ în care nu există medic şcolar sau în centrele de vaccinări, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale imunizările se efectuează de medicii de familie desemnaţi la începutul anului de direcţiile de sănătate publică şi comunicaţi caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât şi de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligaţi să raporteze nominal şi pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de

sănătate şi direcţiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinări şi în carnetul de vaccinări, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie aflaţi în evidenţa acestora, fără obligaţii contractuale, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

În situaţia în care nu este disponibil un medic fără obligaţii contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea şi de către medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate.

(2) Perioadele de absenţă motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuzie, concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului până la 2 ani, vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an, studii medicale de specialitate şi rezidenţiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situaţiile menţionate mai sus, cu excepţia perioadei de vacanţă, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenţei.

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru în mod corespunzător, în funcţie de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii din lista proprie şi cei din lista medicului înlocuit. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absenţă, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

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

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita" şi pe serviciu aferentă perioadei de absenţă se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului

contractului urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligaţiile 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 convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire.

(2) Convenţia de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor agreat de medicul înlocuit, pentru perioade de absenţă mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenţie cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

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

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici de familie. Medicii angajaţi nu au listă de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii proprie şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenţie 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 obligaţiile şi drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

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

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenţie potrivit alin. (1) nu reuşeşte să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010, 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 şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi

casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor şase luni, in condiţiile art. 22 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate într-un cabinet medical deja existent, conform art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional are următoarea structură:

1. 70% pentru plata "per capita" şi 30% pentru plata pe serviciu-consultaţie, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;
2. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

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

b) suma pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulţit cu 1,5.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorilor definitive ale punctelor, fondul anual aferent asistenţei medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea minimă garantată a punctului „per capita” este unică pe ţară, este valabilă pentru un an şi este în valoare de 4,5 lei .

(2) Valoarea unui punct "per capita" se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcţie de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata "per capita" a medicilor de familie şi de numărul de puncte "per capita" efectiv realizat, conform art. 1 alin. (2) şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct "per capita" unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultaţie este unică pe ţară, este valabilă pentru un an şi este în valoare de 0,9 lei .

(4) Valoarea unui punct pentru plata pe serviciu medical- consultaţie se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcţie de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata pe serviciu medical- consultaţie a medicilor de familie, şi de numărul de puncte pe serviciu medical - consultaţie efectiv realizate cu respectarea condiţiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical- consultaţie unică pe ţară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu - consultaţie nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultaţie.

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

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi a

numărului de puncte pe serviciu medical- consultaţie efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical- consultaţie.

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 in luna anterioara, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prevederilor contractului-cadru si a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfăşurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoane beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să îşi schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă), în maximum 30 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum şi casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul are obligaţia să transfere fişa medicală, prin poştă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează minimum 1 an o copie după fişa medicală a acestuia.

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

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă 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" şi 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 şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situaţia 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 şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 38 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262, prin nerespectarea a programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

(2) Absenţa motivată se ia în considerare pentru situaţiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum şi pentru următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, cu condiţia numirii unui înlocuitor pe bază de convenţie de reciprocitate sau convenţie de înlocuire, ale cărui număr de telefon şi adresă vor fi afişate la cabinetul medical. Pentru aceste situaţii 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 absenţă prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care au competenţa şi dotarea necesară, ecografii generale (abdomen şi pelvis), la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr.7 la ordin, respectiv la nivelul tarifelor contractate de către casele de asigurări de sănătate.

Medicii de familie pot efectua aceste servicii numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază din lista proprie–pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

Numărul de investigaţii paraclinice contractat este orientativ, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

Efectuarea serviciilor medicale paraclinice se desfăşoară în cadrul unui program suplimentar, stabilit în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistenţa medicală primară.

ART. 17. Modelul procesului verbal de predare-preluare a documentelor medicale întocmit pentru situaţiile prevăzute la art. 32 lit. l) din Contractul-cadru este cel prevăzut în Anexa 2B.

ART. 18 Medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA nr. 2a
- model -

PROCES VERBAL DE PREDARE – PRELUARE
A DOCUMENTELOR MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ
ÎNCHEIAT ÎNTRE

Casa de Asigurări de Sănătate ……. cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel./fax …....., reprezentată prin: ……..……..

şi

1. Furnizorul de servicii medicale [1, 2] …….....
Reprezentant legal …….……
Nr. contract/convenţie ……
Sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. …..., bl. ....., sc. …., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

2. Dr……..…….....[3] angajat al Furnizorului de servicii medicale …….……
Nr. contract/convenţie ……..……
Sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

3. Asistent medical [4] ……..……
Angajat al Furnizorului de servicii medicale ……..
Nr. contract/convenţie ……..……
Sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

Au fost predate - preluate următoarele documente:

1. Registru de consultaţii în uz: ……Nr. buc.:……
2. Fişe medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului / medicilor de familie:
Dr. …… Nr. buc. ……
Dr. …… Nr. buc. ……
……
3. Alte documente medicale:
…… Nr. buc.: ……
…… Nr. buc.: ……
…… Nr. buc.: ……

Notă:

[1, 2] Pentru situaţiile de încetare, reziliere a contractului/convenţiei sau deces al unui medic de familie angajat.
[3] Pentru situaţiile de excludere din contract/convenţie a medicului de familie.
[4] Pentru situaţiile de deces al reprezentantului legal al furnizorului, în cazul cabinetelor medicale individuale.

Prezentul Proces-verbal a fost încheiat astăzi …….……. în …... exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, cu respectarea prevederilor Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare şi ale H.G. nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condiţiile acordării

asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.
Încheiat astăzi ……../2010.

Am predat, Am preluat,

Reprezentant legal/Medic/Asistent medical (Nume şi prenume) …… Reprezentant CAS (Nume şi prenume) ……..

ANEXA nr. 2b

.

Furnizor de servicii medicale .....
Sediul social / Adresa fiscală.....

DECLARAŢIE

Subsemnatul[1] (a) ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria . ....., nr. ...., în calitate de reprezentant legal, cunoscând ca falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele 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 asistenţa medicală primară pentru anul 2010 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de[2] …….

Subsemnatul[3] (a).....
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând ca falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele 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 asistenţa medicală primară pentru anul 2010 este valabilă şi conformă cu evidenţele 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, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie

Data ..... Reprezentant legal (semnătura şi ştampila)

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Cabinetul medical de asistenţă 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, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., reprezentată prin .....,
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin .....

cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. ....., sau actul de înfiinţare sau organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicită să le contracteze, după caz, nr. ..... (furnizorii organizaţi conform O.G. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare), autorizaţie sanitară de funcţionare nr……. pentru cabinet/raportul de inspecţie nr….. eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizaţie sanitară de funcţionare nr…. pentru punctul secundar de lucru /raportul de inspecţie nr…….. eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor

igienico-sanitare prevăzute de lege, având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon . fix / mobil ……., adresă e-mail ....., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ....., str. ..... nr. ..., telefon fix / mobil ……., adresă e-mail ....., 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, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a unităţii sanitare nr. ....., dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. ....., dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare ,cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr…., certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, autorizaţia de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabile la data încheierii contractului, copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor, copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar, programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar angajat; lista,pe suport de hârtie şi în format electronic, cu persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pentru medicii nou veniţi şi numai în format electronic pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent precum şi declaraţie pe propria răspundere privind corectitudinea listei/listelor la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punct de vedere al conformităţii şi valabilităţii acesteia, lista bolnavilor cu afecţiunile cronice conform evidenţei organizate la nivelul cabinetului.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. …… şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……...

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

1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, 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 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr…….

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……./2010;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative ;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se ~~va fi~~ transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris şi sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, in condiţiile legii;

h) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor alocate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor „per capita” şi pe serviciu medical, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate precum şi numărul total naţional de puncte realizate, atât per capita şi pe serviciu medical - consultaţie, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

i) să ţină evidenţa distinctă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcţie de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidenţă; pentru asiguraţii care se află în evidenţa Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi a Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, confirmarea calităţii de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidenţa caselor de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic;

j) să informeze asiguraţii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi

fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr…..;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultaţie în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr….;

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

o) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenţie, curative, de urgenţă şi de suport în limita competenţei profesionale;

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, şi să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate - această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat; să actualizeze lista proprie în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;~~;~~

3. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris,;

4. să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultaţie, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor, aparţinătorilor legali;

6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; pentru asiguraţii incluşi în Programul naţional cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi prin actele normative în vigoare;

7. să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situaţia în care nu se respectă această obligaţie, 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 doreşte să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

8. să solicite asiguraţilor, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat conform prevederilor legale în vigoare;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu.

Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu sau la externarea din spital, precum şi medicul de medicina muncii. este obligat sa comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme.

Pentru persoanele care se încadreaza în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/ medicilor care a/ au indicat tratamentul;

10. să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu şi fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi 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 asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

13. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene / Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, precum şi din

alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate,

15. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

18. să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a Municipiului Bucureşti, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

19. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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

21. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

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

23. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

24. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……;

26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

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

28. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

29. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale şi pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

32. să întocmească către societăţi de turism balnear şi de recuperare, şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloul clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

33. să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond.

35.să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr…. şi să raporteze această evidenţă la casa de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenţiei, respectiv al excluderii medicului/ medicilor din contractul/convenţia încheiat cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultaţii în uz şi fişele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din contract/convenţie. Procesul verbal de predare-preluare a documentelor medicale se aduce la cunoştinţa comisiei constituită conform prevederilor legale in vigoare. Excepţie fac situaţiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice.

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

38 să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinaţie şi conform unui buget orientativ, în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr…..

39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalităţile de plată în asistenţa 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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……...

1.2. Medic nou-venit în localitate, în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……..:

DA/NU .....

1.3. Medic nou-venit în localitate, în condiţiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……., care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” este unică pe ţară, este valabilă pentru un an şi este în valoare de 4,5 lei.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……, se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .....%

b) cu gradul profesional:

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

2). În situaţia în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de înscrişi pe listă, astfel:

Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

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

Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

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

Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

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

Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

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

Nr. puncte per capita de decontat =

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

d) În situaţia în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie şi pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:
Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

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

Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

2. Plata prin tarif pe serviciu medical - consultaţie, 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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……

2.1. Plata pe serviciu medical – consultaţie pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……..

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultaţie este unică pe ţară, este valabilă pentru un an şi este în valoare de 0,9 lei.

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

a) Medic de familie
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
2. .....
.....
b) Medic de familie
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
2. .....
.....
c) .....
.....

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia 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 asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita" respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical - consultaţie, 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…….

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcţie de valoarea definitivă a punctului "per capita" şi a punctului pe serviciu medical - consultaţie.

(3) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", respectiv suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……. se diminuează în cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum şi prescrieri nejustificate de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări nejustificate de investigaţii paraclinice, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art.7 pct. 9 pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate , după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;
b) la a doua constatare, cu 20%;
c) la a treia constatare, cu 30%.

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 35, 37 se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru pentru anul 2010, în cazul medicilor nou-

veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(5) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (3) şi alin. (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (3) şi alin. (4) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 12 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea şi 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,conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 10,11, 13,19, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 39 precum şi constatarea în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform prezentului contract în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale, iar 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) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 6, 8, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 27, 32

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7, pct. 7 şi 30 din prezentul contract;

j) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin.(3) şi (4) pentru fiecare situaţie

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 14 Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

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

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

h) în cazul în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv cu mai mult de 20% din numărul minim stabilit pe localitate/zona de către comisia constituită conform art. 22 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr….., pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar respectiv a dovezii de evaluare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia / acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data încetării valabilităţii acesteia / acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exerciţiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situaţia descrisă anterior;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 16 Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 lit. b), c), f), g), h) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 14 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 17 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

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

ART. 19 Valorile definitive ale punctului "per capita" şi pe serviciu – consultaţie sunt cele calculate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu sunt elemente de negociere între părţi.

ART. 20 (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizaţiei sanitare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 21 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

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	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general, ...	Reprezentant legal, ...

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

ACT ADIŢIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 4
- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:
Dr. .....,
(numele şi prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţ/sector ....., telefon: fix,mobil,…….adresa de e-mail …….fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa 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 fiscala-cod unic de inregistrare ..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal .....

Medicul înlocuit .....
(numele şi prenumele)
şi

Medic înlocuitor .....,
(numele şi prenumele)
Codul de parafă……
Codul numeric personal……..
~~cu~~ Licenţa de înlocuire temporara ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenţiei

Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contractul nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....

III. Motivele absenţei

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....

2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an .....
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....

IV. Locul de desfăşurare a activităţii

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

V. Obligaţiile medicului înlocuitor
Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" şi pe serviciu medical-consultatie pentru perioada de absenţă 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 convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical, Medicul înlocuitor
....

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

ANEXA 5
- model -

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între casa de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon: fix,mobil…….adresa de e-mail……fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

pentru

Medicul înlocuit .....

(numele şi prenumele)

din cabinetul medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa 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 fiscala-cod unic de înregistrare ....., al cărui reprezentant legal este:

.....,

(numele şi prenumele)

având codul numeric personal nr. .....

şi
Medic înlocuitor .....,
(numele şi prenumele)
Codul de parafă……
Codul numeric personal……..
Licenţa de înlocuire temporara ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenţiei
Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contract nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....

III. Motivele absenţei:
1. incapacitate temporară de muncă, care depăşeşte două luni/an .....
2. concediu de sarcină sau lehuzie .....
3. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an .....
5. perioada în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate .....
6. perioada de rezidenţiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate .....
IV. Locul de desfăşurare a activităţii
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....
Programul de activitate al medicului inlocuitor se va stabili in conformitate cu programul de lucru al cabinetuli in care isi desfasoara activitatea.
V. Obligaţiile medicului înlocuitor
Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.
Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.
În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.
VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor
1. Veniturile "per capita" şi pe serviciu-consultatie aferente perioadei de absenţă se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ....., deschis la Banca .....
2. Pentru punctajul "per capita" se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei.
3. Termenul de plată .....
4. Documentul de plată .....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Medicul înlocuitor,
Preşedinte - director general, ...
.....
Director executiv al Direcţiei economice De acord,
..... Reprezentant legal al
cabinetului medical**)
.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios
---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă mai mari de două luni/an.

**) Cu excepţia situaţiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

CONVENŢIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Unitatea sanitară de asistenţă medicală primară ....., cu sau fără punct de lucru secundar ....., reprezentată prin ....., cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. ..... sau actul de înfiinţare sau organizare, în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicita **sa le contracteze**, după caz, nr. ..... (furnizorii organizaţi conform O.G. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare), autorizaţie sanitară de funcţionare pentru cabinet nr. ...../raportul de inspecţie eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege ....., autorizaţie sanitară de funcţionare pentru punctul de lucru secundar nr. ....., având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., şi sediul punctului de lucru secundar în comuna ....., str. ..... nr. ..., telefon: **fix / mobil……., adresă de e-mail** ....., 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 atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, dovada de evaluare a unităţii sanitare nr. ....., valabilă la data încheierii convenţiei, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată

perioada derulării convenţiei, dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. ....., dovada plăţii **la zi a** contribuţiei la Fondul **pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii efectuată conform prevederilor legale în vigoare, cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr…., certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic şi autorizaţia de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului, copie de pe dovada gradului profesional pentru medici, copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor, copie de pe actul de identitate al reprezentantului legal, al medicilor şi asistenţilor medicali, programul de activitate (pentru medici, personal medico-sanitar, cabinet, punct de lucru, după caz).**

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr…… şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii **medicale** prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……..

IV. Durata convenţiei

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

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie convenţii numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convenţiilor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze medicilor de familie nou veniţi , la termenele prevăzute în convenţie , pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, venitul, conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……..

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate

d) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de încheiere a convenţiilor şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

g) să informeze asiguraţii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

j) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenţie, curative, de urgenţă şi de suport în limita competenţei profesionale;

2. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris;

3. să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultaţie, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor, aparţinătorilor legali;

5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; pentru asiguraţii incluşi în programul naţional cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi prin actele normative în vigoare;

6. să solicite asiguraţilor la înscrierea pe lista proprie documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu.

Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu sau la externarea din spital, precum şi medicul de medicina muncii. este obligat sa comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme.

Pentru persoanele care se încadreaza în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/ medicilor care a/ au indicat tratamentul.

8. să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu şi fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi 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 asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

11. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

12. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

15. să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a Municipiului Bucureşti, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentei convenţii; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenţiei;

16. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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

18. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, în limita competenţei, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraţilor fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul;

20. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

21. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr….

23. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

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

25. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, şi în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

26. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenţiei de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate , atât pe suport de hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane,pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, pentru cetăţenii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitatea a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul

comunităţii şi pentru beneficiari ai acordurilor, înţelegerilor, convenţiilor sau protocoalelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii încheiate de România cu alte state, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României;

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

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale şi pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

30. să întocmească bilet de trimitere, către societăţi de turism balnear şi de recuperare, şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloul clinic al pacientului pentru care se face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;;

31. să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

32. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond.

33. să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr…. şi să raporteze această evidenţă la casa de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici.

34. în cazul încetării/rezilierii convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultaţii în uz şi fişele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din convenţie. Procesul verbal de predare-preluare a documentelor medicale se aduce la cunoştinţa comisiei constituită conform prevederilor legale in vigoare. Excepţie fac situaţiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice.

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

36. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinaţie şi conform unui buget orientativ, în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr…..

37. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul

VI. Modalităţi de plată

ART. 6 Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr …

b) o sumă necesară pentru cheltuieli de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, stabilită potrivit normelor.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

a) Medic de familie nou-venit
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă a medicului .....
Program de lucru .....
Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit ..... lei
Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit ..... lei, plătit la data de .....pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de……...

b) Medic de familie nou-venit
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă a medicului .....
Program de lucru .....
Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit ..... lei
Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit ..... lei, plătit la data de .....pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de……...

c) .....
.....

Art 7 (1) Suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr……. se diminuează în cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract precum şi prescrieri nejustificate de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la

nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări nejustificate de investigaţii paraclinice, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art.5 pct.–7 pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care, în derularea convenţiei, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 30, 33, 35 se diminuează suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru pentru anul 2010, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1) şi alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 9 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

Art. 10 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării convenţiei şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea convenţiei

Art. 11. Convenţia 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, conform prevederilor legale în vigoare ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

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

e) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 5 pct, 8, 9, 11, 16, 18, 22, 23, 25, 26, 29, 37 precum si constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenţiei acestora nu au fost efectuate;-

f) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenţie prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale, iar 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;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 5 pct. 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 30

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 5, pct. 28 din prezenta convenţie;

i) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 7 alin.(1) şi (2) pentru fiecare situaţie;

j) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenţiei încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

k) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentei convenţii , în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

ART. 12. Convenţia încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

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

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

ART. 13 Convenţia se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar respectiv a dovezii de evaluare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia / acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data încetării valabilităţii acesteia / acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exerciţiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în convenţie, care se află în situaţia descrisă anterior.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 14 Situaţiile prevăzute la art. 11 şi la art. 12 lit. b), c), f), g), se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 12 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

XI. Corespondenţa

ART. 15 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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

XII. Modificarea convenţiei

ART. 16 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

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

Dacă încetează valabilitatea autorizaţiei sanitare/documentului similar pe durata prezentei convenţii, toate celelalte prevederi ale convenţiei nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a convenţiei.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezenta convenţie vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj, sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezenta convenţie 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	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei
relaţii contractuale

.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, paraclinice, de medicină dentară şi de recuperare-reabilitare a sănătăţii

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

A. Pachetul minimal de servicii medicale-

a) Asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. În situaţia în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depăşesc competenţa medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate.

b) Depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament).

NOTĂ 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.
NOTĂ 2: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate distinct de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTĂ 3: Se raportează şi se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată şi pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

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

a) Serviciile cuprinse la Punctul A „ Pachetul minimal de servicii medicale”.
b) Servicii medicale curative:
Consultaţie pentru afecţiuni acute intercurente (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament). Pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează trei consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută, pe asigurat şi pe an.

C. Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultaţia medicală de specialitate

Consultaţia 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 iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală (contract sau convenţie) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare cazurile de urgenţă medico-chirurgicală şi consultaţiile pentru afecţiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39a, serviciile de medicină dentară, precum si serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie si planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1408/1971, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultaţiile şi serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua şi a treia consultaţie în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează un exemplar şi

depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

Consultaţia medicală de specialitate cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum trei consultaţii pentru un episod de boală acută, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare sau pentru cazurile care necesită urmarirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu.
Consultaţia pentru cazurile care necesită urmarirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu, se acordă:
- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultaţiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet,
- la externare, inclusiv după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore şi scoaterea firelor, scoaterea ghipsului,
- pentru afecţiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 şi respectiv în anexa nr. 39a la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, conform programării.

Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 - 6 luni, după caz.
Pentru situaţiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

Stabilirea numărului de puncte pe consultaţie:

		Număr puncte
a.	Consultaţia copilului cu vârsta cuprinsă între 0 – 3 ani,	15 puncte
b.	Consultaţia de psihiatrie şi neuropsihiatrie infantilă a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 – 3 ani	24 puncte
c.	Consultaţia peste vârsta de 4 ani,	10 puncte
d.	Consultaţia de psihiatrie şi neuropsihiatrie infantilă peste vârsta de 4 ani	17 puncte
e.	Consultatie fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10 puncte

Incadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa peste 4 ani).

2. Monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.
Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cuprinse în programele naţionale de sănătate şi unele afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, acesta va

organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Evidenţa şi monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:
- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite / mişcarea lunară / intrări/ieşiri
- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecţiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competenţelor şi la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de specialitate organizează evidenţa şi raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate.

NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecţiuni cuprinse în programele naţionale de sănătate şi unele afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, casa de asigurări de sănătate decontează o consultaţie - control/evaluare periodică – epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz.

3. Specialităţile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic:

1. Alergologie şi imunologie clinică
2. Boli infecţioase
3. Cardiologie
4. Chirurgie cardiovasculară
5. Chirurgie generală
6. Chirurgie pediatrică
7. Chirurgie plastica si microchirurgie reconstructivă
8. Chirurgie toracică
9. Dermatovenerologie
10. Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
11. Endocrinologie
12. Gastroenterologie
13. Genetică medicală
14. Geriatrie şi 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 şi traumatologie
27. Ortopedie pediatrică
28. Pediatrie
29. Pneumologie
30. Psihiatrie
31. Psihiatrie pediatrică
32. Reumatologie
33. Urologie

4. Competenţele/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 şi normelor, sunt:

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

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultaţiilor corespunzător punctajului prevăzut la punctul 1.

5. În baza competenţei/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic. Asiguraţii au dreptul la o consultaţie cu un tarif de 9 lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 consultaţii / cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.

O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament şi 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.

6. Servicii conexe actului medical – pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate cu următoarele specialităţi clinice:

- neurologie şi neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică;

pentru servicii conexe furnizate de psihologi, logopezi şi kinetoterapeuţi

Lista serviciilor conexe şi tarifele aferente acestora sunt:

a) Neurologie şi Neurologie pediatrică

a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică sau psihiatrie pediatrică)	25,50 lei
Psihodiagnostic	25,50 lei

a2) serviciile conexe furnizate de logoped:

- consultaţie logopedie	15,30 lei

b) Otorinolaringologie:

b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

investigarea psihoacustică a vocii	8,50 lei
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	12,75 lei

b2) serviciile conexe furnizate de logoped:

consultaţie	15,30 lei
exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă)	12,75 lei

c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:

c1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

consiliere psihologică copii (numai l.a recomandarea medicului cu specialitatea neuropsihiatrie infantilă)	25,50 lei
psihodiagnostic	25,50 lei

c2) serviciile conexe furnizate de logoped

consultaţie	15,30 lei

NOTĂ 1: Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot efectua ecografii cuprinse la cap. II pct. 1 ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii

pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii 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 competenţei şi a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 11.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

NOTĂ 2: În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale – consultaţii aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi.

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

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

Nr. crt.	Cod							Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie									
1	2	.	8	0	7	0		Hemoleucograma completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite, formula leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
3	2	.	8	0	3	0		Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
4	2	.	8	1	0	0		VSH*1)	2,45
7	2	.	8	6	2	1		Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73
8	2	.	8	6	0	3		INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
9	2	.	8	6	2	2		APTT	11,46
10	2	.	8	2	1	1		Determinare grup sanguin ABO (la gravidă*1))	7,03

11	2	.	8	2	1	2		Determinare grup sanguin Rh (la gravidă*1)	7,34
12	2	.	8	2	3	0		Anticorpi specifici anti Rh (la gravidă*1)	7,03
- Biochimie									
13	2	.	1	1	2	0		Uree serică*1)	5,46
14	2	.	1	1	3	0		Acid uric seric*1)	5,46
15	2	.	1	1	4	0		Creatinină serică*1)**)	5,52
16	2	.	1	5	1	0		Calciu ionic seric*1)	7,34
17	2	.	1	5	1	1		Calciu seric total*1)	5,00
18	2	.	1	5	7	0		Magneziemie*1)	5,00
19	2	.	8	3	9	0		Sideremie*1)	6,62
20	2	.	1	3	1	0		Glicemie*1)	5,35
21	2	.	1	4	2	0		Colesterol seric total*1)	5,35
22	2	.	1	4	0	4		Trigliceride serice*1)	6,56
23	2	.	1	4	4	1		HDL colesterol*1)	7,63
24	2	.	1	4	4	3		LDL*1)	7,17
26	2	.	1	0	2	0		Proteine totale serice*1)	6,56
27	2	.	4	6	0	0		TGO*1)	5,43
28	2	.	4	6	1	0		TGP*1)	5,46
29	2	.	4	7	2	0		Fosfatază alcalină*1)	7,26
30	2	.	3	2	1	0		Fibrinogenemie*1)	12,75
31	2	.	4	6	8	0		Gama GT	7,45
33	2	.	1	0	1	5		Bilirubină totală*1)	5,46
34	2	.	1	0	1	6		Bilirubină directă*1)	5,46
35	2	.	4	9	6	1		Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
37	2	.	6	0	2	1		VDRL*1)	5,12
38	2	.	6	0	2	2		RPR*1)	5,11
39	2	.	6	0	2	3		Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
40 bis		2	.	1	0	2	6	Hemoglobina glicozilata*5)	21,06
- Imunologie									
42	2	.	6	2	5	0		ASLO*1)	10,70
43	2	.	6	6	9	2		Factor rheumatoid	8,70
44	2	.	6	6	9	1		Proteina C reactivă*1)	9,94
45	2	.	6	7	3	1		IgA, seric	13,76
46	2	.	6	7	3	2		IgE seric	13,32
47	2	.	6	7	3	3		IgM seric	14,07
48	2	.	6	7	3	4		IgG seric	13,76
51	2	4	3	0	0	1	1	Complement seric C3	10,10
52	2	4	3	0	0	1	2	Complement seric C4	10,10

54	2	.	6	2	0	6	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
55	2	.	5	5	6	0	Testare HIV (la gravidă*1))	31,02
56	2	.	4	0	6	0	TSH	19,10
57	2	.	4	0	4	0	FT4	19,41
59	2	.	6	3	9	2	Ag HBs (screening)*2)	29,03
60	2	.	6	2	0	1	Anti-HAV IgM*2)	38,19
63	2	.	6	2	0	4	Anti HCV*2)	60,48
64	2	.	4	3	2	1	FSH	22,20
65	2	.	4	3	2	2	LH	22,20
66	2	.	4	3	2	3	Estradiol	22,20
67	2	.	4	3	0	0	Cortizol	25,97
68	2	.	4	3	3	2	Progesteron	23,59
69	2	.	4	3	3	1	Prolactină	23,59
- Exudat faringian								
70	2	.	5	0	6	1	Cultură*1, (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
- Analize de urină								
77	2	.	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
79	2	.	5	0	6	3	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
80	2	.	2	2	0	0	Dozare glucoză urinară*1)	5,00
81	2	.	2	0	3	0	Dozare proteine urinare*1)	5,00
- Examene materii fecale								
82	2	.	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
83	2	.	5	0	6	4	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examene din secreţii vaginale								
84	2	.	5	0	0	2	Examen microscopic	4,50
86	2	.	9	1	6	0	Examen Babeş-Papanicolau*1)	36,67
87	2	.	5	0	6	5	Cultură, (inclusiv antibiograma sau fungigrama pentru culturi pozitive)	15.44
- Examene din secreţii uretrale, otice, nazale, conjunctivale şi puroi								
89	2	.	5	0	3	2	Examen microscopic	4,50
90	2	.	5	0	6	6	Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
- Examen lichid puncţie								
92	2	.	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu	4,50

							Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examen sudoare								
- Examinări histopatologice								
96	2	.	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină	28,57
97	2	.	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
98	2	.	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
99	2	.	9	0	1	0	Examen histopatologic cu coloraţii speciale	115,80
100	2	.	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
101	2	.	9	0	2	3	Citodiagnostic secreţie vaginală	30,50
102	2	.	9	0	2	4	Examen citohormonal	28,27
103	2	.	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de puncţie	30,50
104	2	.	9	0	3	0	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologice								
105							Radiografie craniană standard în 2 planuri*1)	11,96
106							Radiografie craniană în proiecţie specială*1)	16,22
107							Ex. radiologic părţi ale scheletului în 2 planuri*1)	15,41
108							Ex. radiologic torace osos sau părţi ale lui în mai multe planuri*1)	19,20
109							Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanţă de contrast*1)	15,90
110							Ex. radiologic părţi ale coloanei vertebrale, mai puţin coloana cervicală*1)	19,51
111							Ex. radiologic alte articulaţii fără substanţă de contrast sau funcţionale cu TV*1)	14,59
112							Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puţin coloana cervicală*1)	32,63
113							Ex. radiologic coloana cervicală în cel puţin 3 planuri*1)	28,69
114							Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac)*1)	25,08
115							Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planşeului bucal*1)	17,09
116							Ex. radiologic torace şi organe ale toracelui*1)	24,76
117							Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puţin 2 planuri*1)	15,41
118							Ex. radiologic esofag ca	

							serviciu independent, inclusiv radioscopie	20,67
119							Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast nonionică*1)	46,91
120							Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanţa de contrast	71,50
121							Ex. radiologic colon în dublu contrast sau intestin subţire pe sonda duodenală	82,82
122							Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	44,76
123							Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast nonionică	188,99
124							Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast nonionică	188,99
125							Cistografie de reflux cu substanţă de contrast nonionică	237,95
126							Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast nonionică	191,05
127							Pielografie	229,57
128							Ex. radiologic cu substanţă de contrast nonionică a uterului şi oviductului	259,73
129							Mamografie în 2 planuri*1)/ pentru un sân	27,56
130							Sialografia, galactografia, sinusuri cu contrast, fistulografia cu substanţă de contrast nonionică	188,85
131							Flebografia de extremităţi	208,10
132							Tomografia plană	52,15
133							Angiografia carotidiană	262,05
134							Angiografia RM trunchiuri supraaortice	201,95
135							Angiografia RM artere renale sau aorta	201,95
136							P.E.G.	16,39
137							CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast nonionică	258,61
138							CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast nonionică	258,29
139							CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast nonionică	280,42
140							CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,37
141							CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,65
142							CT coloană vertebrală nativ şi cu substanţă de contrast	

							nonionică/segment	263,21
143							CT membre cu substanţă nativ şi de contrast nonionică/segment	264,51
144							Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	31,48
145							Ecografie abdomen*1)	17,38
146							Ecografie pelvis*1)	16,76
147							Radioscopie cardiopulmonară*1)	16,56
148							Radiografie retroalveolară	7,03
149							Radiografie panoramică	25,08
150							CT craniu fără substanţă de contrast nonionică	87,72
151							CT regiune gât fără substanţă de contrast nonionică	87,24
152							CT regiune toracică fără substanţă de contrast nonionică	112,49
153							CT abdomen fără substanţă de contrast (nonionică) adm. intravenos	113,33
154							CT pelvis fără substanţă de contrast (nonionică) adm. intravenos	88,38
155							CT coloană vertebrală fără substanţă de contrast nonionică/segment	47,06
156							CT membre/segment fără substanţă de contrast	41,01
157							Radiografie de membre*1)	14,76
158							EKG*1)	21,37
159							Spirometrie*1)	10,65
160							Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	14,43
161							Oscilometrie*1)	5,42
162							EEG	22,63
163							Electromiografie	17,39
164							Peak-flowmetrie	2,63
165							Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
166							Ecocardiografie M + 2 D	27,38
167							Ecocardiografie + Doppler	34,44
168							Ecocardiografie + Doppler color	36,25
169							Ecografie de vase (vene)	16,39
170							Ecografie de vase (artere)	19,69
171							Ecocardiografie	17,38
172							Ecografie endocrină	16,39
173							Senologie imagistică - ecografie	16,39
174							Ecografie fetală	22,57
175							Ecografie transfontanelară	22,57
176							Scintigrafia: osoasă, renală,	

							hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
177							RMN cranio-cerebral nativ	300,93
178							RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
179							RMN abdominal nativ	300,93
180							RMN pelvin nativ	300,93
181							RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
182							RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
183							RMN umăr nativ	300,93
184							RMN umăr nativ şi cu subst. de contrast	471,46
185							RMN sâni nativ	300,93
186							RMN sâni nativ şi cu subst. de contrast	471,46
187							RMN cranio-cerebral nativ şi cu contrast	471,46
188							RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
189							RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
190							RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
191							Osteodensitometrie segmentară	24,00
192							Osteodensitometrie Wholebody	85,00
193							Ergometrie	24,12
194							Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
195							Holter TA	21,09
196							Ecocardiografie transesofagiană	60,13
197							Monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice	180,00
198							Ecografie de organ	16,39
199							Angiografie CT periferie	250,00
200							Angiografie CT craniu	250,00
201							Angiografie CT regiune cervicală	250,00
202							Angiografie CT abdomen	250,00
203							Angiografie CT pelvis	250,00
204							Angiocoronarografie CT	500,00
205							Colonoscopie virtuală CT	250,00
206							Bronhoscopie virtuală CT	200,00
207							CT ureche internă	200,00
208							Uro CT	250,00

209							RMN cord cu substanţă de contrast	471,46
210							Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
211							Uro RMN cu substanţă de contrast	625,00
212							Ecografie morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 săptămâni)	250,00
213							Ecografie pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13

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

**) La fiecare determinare a creatininei serice (sCr) se raportează Registrului Renal Român:

- metoda de determinare a creatininei;
- filtrantul glomerular (eFG), folosindu-se formula:

$$eFG = 186 \times sCr^{-1,154} \times \text{vârsta (ani)}^{-0,203} \times 0,742 \text{ (femei)}$$

eFG = filtrat glomerular estimat;

sCr = concentraţia creatininei serice.

***) se introduce la categoria – investigaţii imunologice: investigaţia PSA – cod 243135 – tarif – 21,50 lei şi free PSA – cod – 243136 – tarif – 22,00 lei.

NOTA 1:

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

*2) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie pentru contacţii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie;

*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 recomandă numai de medicul de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice, şi se decontează de cel mult de două ori pe an pentru un asigurat cu diabet zaharat.

NOTA 2: Filmele radiologice şi substanţele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicaţia de utilizare a substanţei de contrast aparţine medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală care va confirma utilizarea substanţei de contrast prin aplicarea parafei şi semnăturii pe fişa de solicitare.

Investigaţiile cu substanţă de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate şi în cazul în care utilizarea substanţei de contrast a fost specificată în fişa de solicitare şi avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigaţie fără substanţă de contrast, urmată din necesitate de o investigaţie cu substanţă de contrast, se decontează numai tariful investigaţiei cu substanţă de contrast.

NOTA 4: Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la poziţiile: 166 - 170 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie şi gerontologie cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare corespunzătoare specialităţii;

b) Serviciile prevăzute la poziţia 172 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

c) Serviciile prevăzute la poziţia 171 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: cardiologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, pediatrie cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecocardiografie;

d) Serviciile prevăzute la poziţia 174 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

e) Serviciile prevăzute la poziţia 175 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

f) Serviciile prevăzute la poziţia 146 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, precum şi de medici cu specialitatea urologie.

g) Serviciile prevăzute la poziţia 173 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie.

h) Serviciile prevăzute la poziţia 198 (ecografie de organ) se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecţioase cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

i) serviciile prevăzute la poziţiile 212 şi 213 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 106, 107, 110, 111, 129, 142, 148, 155, 156, 157, 178, 181, 182, 188 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic; în cazul explorării mai multor segmente, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. În cazul investigaţiilor CT şi RMN prevăzute în tabelul de la pct. 1, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 – 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale şi implicit prezenţa unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la punctul 1) se vor majora cu 10%. Pentru investigaţiile CT şi RMN prevăzute la poziţiile: 142, 155, 156, 178, 181, 182, 188 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice, 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: Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

Investigaţiile menţionate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi a fişelor de solicitare, potrivit modelelor prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat

contract. La fişa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigaţiilor CT şi RMN prevăzute la pct. 2 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 – 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spaţiului şi dotărilor necesare pentru perioada de pre şi post anestezie, precum şi dovada relaţiei de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigaţii sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fişa de solicitare este însoţită de o copie a fişei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa şi semnătura medicului cu specialitatea ATI şi care va avea acelaşi circuit ca şi fişa de solicitare.

NOTA 7: Medicii de familie, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 144 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

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

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive şi 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
1.	Consultaţie				
1.1	Consultaţie primară, stabilirea diagnosticului şi elaborarea planului de tratament*	11,57	100%		100%
1.2	Consultaţie secundară, diagnostic şi plan de tratament complex	14,49	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,57	100%		100%
1.4	Radiografie retroalveolară/ radiografie inclusiv filmul	7,03	100%	100%	100%
1.5	Radiografie panoramică inclusiv filmul	25,08	100%	100%	100%
2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafaţă prin obturaţie cu amalgam	14,49	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafeţe prin obturaţii cu amalgam	17,41	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafeţe prin obturaţii cu amalgam	20,34	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafaţă	21,20	100%		100%

	prin obturaţie cu material compozit				
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafeţe prin obturaţii cu material compozit	23,26	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafeţe prin obturaţii cu material compozit	24,12	100%		100%
2.7	Aplicarea sistemelor de retenţie extemporanee	5,84	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenţie prefabricate (per stift)	11,57	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	4,76	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultaţie pe an pentru un asigurat				
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,84	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,65	100%		100%
3.3	Coafaj direct	20,34	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturaţie canal la monoradiculari (include anestezia)	26,06	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturaţie canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,99	100%		100%
3.6	Amputaţie vitală	20,34	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturaţie canal la pluriradiculari	26,06	100%		100%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturaţie canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturaţie canal la pluriradiculari	34,83	100%		100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,52	100%		100%
3.11	Îndepărtarea corpilor străini din canale	14,49	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic	9,52	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară	21,20	100%	100%	100%
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturaţie canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturaţie canal la pluriradiculari	36,67	100%		100%
4.5	Obturaţie la dinţii devitali cu amalgam	28,99	100%		100%

4.6	Obturaţie la dinţii devitali cu compozite	28,99	100%		100%
5.	Tratamentul afecţiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,65	100%	100%	100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin şlefuire selectivă/şedinţă	11,57	100%		
5.3	Contenţie provizorie prin ligaturi de sârmă	8,65	100%		100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,49	100%		100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/şedinţă	5,84	100%		100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ şedinţă	8,65	100%	100%	100%
5.7	Detartraj manual supra şi subgingival pe dinte	5,84	100%		100%
5.8	Detartraj mecanic supra şi subgingival pe dinte	7,68	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,92	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltraţie	8,65	100%		100%
6.3	Extracţie de dinţi sau resturi de dinţi monoradiculari (include anestezia)	21,20	100%	60%	100%
6.4	Extracţie de dinţi sau resturi de dinţi pluriradiculari (include anestezia)	24,13	100%	60%	100%
6.5	Extracţie alveoloplastică (include anestezia)	31,91	100%	60%	100%
6.6	Extracţie cu alveolotomie (include anestezia)	35,70	100%	60%	100%
6.7	Extracţie dinţi temporari (include anestezia)	14,49	100%		100%
6.8	Extracţie la hemofilici, diabetici sau handicapaţi (include anestezia)	37,75	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,76	100%		100%
6.10	Extracţie dinţi paradontotici (include anestezia)	17,41		60%	100%
6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracţionale	9,52	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,49	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgenţă al plăgilor buco-maxilo-faciale	26,06	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgenţă a luxaţiilor dentare	26,06	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgenţă a fracturilor maxilare	40,45	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxaţiilor	14,49	100%	100%	100%

	temporomandibulare				
6.17	Control postoperator	7,68	100%	100%	100%
	* În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parţială cu 1 - 7 dinţi*	466,99		60%	100%
7.2	Proteză acrilică parţială cu peste 7 dinţi*	544,93		60%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	622,71		60%	100%
7.4	Reparaţie simplă proteză acrilică	23,26		100%	100%
7.5	Reparaţie + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 3,11 lei)	23,26		100%	100%
7.6	Reparaţie + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4,14 lei)	23,26		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/şedinţă	5,84		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	44,40	100%	60%	100%
7.9	Coroană acrilică	49,99	100%	60%	100%
7.10	Coroană metalică	62,41	100%	60%	100%
7.11	Element intermediar	62,41	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Decondiţionarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiţie infantilă, respiraţie orală) prin plăcuţă, vestibolo-orală şi scut lingual	173,59	100%		100%
8.2*	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbiţă şi capelină	259,68	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciţii cu spatula/şedinţă	9,52	100%		100%
8.4*	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale	289,43	100%		100%
8.5	Şlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,65	100%		100%
8.6*	Reparaţie aparat ortodontic	23,26	100%	100%	100%
8.7	Menţinătoare de spaţiu mobile	231,56	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/şedinţă	3,89	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente				

	ortodontice", actele terapeutice notate (*) ţin numai de competenţa medicilor de specialitate în ortodonţie.				
9.	Activităţi profilactice				
9.1	Consultaţie în cadrul dispensarizării (include şi:	13,52	100%*		100%
	- educaţie pentru sănătate bucodentară				
	- determinarea indicelui de placă bacteriană				
	- determinarea indicilor de inflamaţie parodontală				
	- educaţia pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/şedinţă)				
9.2	Periaj dentar profesional/şedinţă	14,49	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluţii fluorurate/şedinţă	11,25	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluţii/arcadă*	9,52	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,52	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,96	100%		100%
9.7	Sigilări ale şanţurilor şi fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,49	100%		100%
9.8	Sigilări ale şanţurilor şi fosetelor cu materiale compozite/dinte	23,26	100%		100%
9.9	Educaţie pentru decondiţionarea obiceiurilor vicioase/şedinţă	8,65	100%		100%
9.10	Exerciţii de reeducare funcţională/ şedinţă	9,52	100%		100%
9.11	Exerciţii de miogimnastică/şedinţă	9,52	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	8,65	100%		100%
9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,99	100%	100%	100%

Pentru pct. 9 "Activităţi profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** 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, studenţi şi 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 dentişti, cu excepţia celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menţionate în notă.

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

3.1, 4.1, 4.2
5.1, 5.6
6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16
7.4, 7.5, 7.6, 8.6

NOTA 3: Competenţa pentru dentişti este pentru codurile:
1.1, 1.2, 1.3
2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2
4.5, 4.6, 5.7, 5.8
9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8
9.9, 9.10, 9.11

NOTA 4:
Formula dentară:
Dinţi permanenţi
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

Dinţi temporari
51 - incisiv medial dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - premolar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv medial stânga sus

62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - premolar stânga sus
65 - molar stânga sus
71 - incisiv medial stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos
73 - canin stânga jos
74 - premolar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv medial dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - premolar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

NOTĂ: În cazul dinţilor supranumerari se indică codul dintelui cu specificaţia "supranumerar"

Dată fiind incidenţa dinţilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinţi supranumerari/CNP.

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

Se acordă servicii medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1.

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 urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 şi 18 ani dintre categoriile de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătăţii

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultaţia medicală de specialitate

Consultaţia medicală de specialitate, **se acordă în cabinetele medicale şi** cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- bilanţul articular anatomic şi funcţional, bilanţul muscular, întocmirea planului de recuperare
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice generale şi specifice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile şi nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline şi peşteri, avizate de Ministerul Sănătăţii conform legislaţiei în vigoare.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum trei consultaţii, pentru stabilirea diagnosticului şi tratamentului.
Tariful pe consultaţie în specialitatea recuperare-reabilitare a sănătăţii este de 10 lei.

2. Servicii medicale – cura de tratament, de recuperare reabilitare acordate în cabinetele / bazele de tratament

Serviciile medicale pot fi recomandate de către medicii de specialitate şi de către medicii de familie, în limita competentelor şi se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de către medicul de recuperare-reabilitare a sănătăţii.
Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi.

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

Serviciile medicale de recuperare prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situaţii care privesc corecţii de natura estetica şi de întreţinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic s.a.m.d.

ANEXA 8

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, paraclinice, de medicină dentară şi de recuperare-reabilitare a sănătăţii

ART. 1 Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, paraclinice, de medicină dentară şi de recuperare-reabilitare a sănătăţii 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 specialităţile clinice contravaloarea serviciilor medicale – consultatii luând în calcul numărul de puncte aferent şi valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează activităţi conexe actului medical sau sunt în relaţie contractuală cu cabinetele de liberă practică pentru servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceştia şi cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

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

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

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, neuropsihiatrie infantilă, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 30 de minute);

În situaţia în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, numărul de consultaţii, creşte sau scade corespunzător.

În situaţia în care adresabilitatea asiguraţilor la cabinetul medical depăşeşte nivelul prevederilor menţionate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultaţii, servicii medicale şi tratamente contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical, prestate de persoanele autorizate sau prin cabinetele de liberă practică organizate conform legii, prevăzute la art. 2 alin. (2), pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală.

Numărul serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat şi care se află într-o relatie contractuală cu persoana fizică sau juridică autorizată să le efectueze, se decontează de către casele de asgurări de sănătate, luând în considerare faptul că un furnizor de servicii medicale clinice poate raporta servicii conexe actului medical în valoare de maxim 52 lei pe zi, corespunzător unui număr întreg de servicii conexe.

Pentru desfăşurarea activităţii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi furnizori de servicii conexe.

Pentru desfăşurarea activităţii, furnizorul de servicii conexe poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi medici din specialităţile clinice care pot solicita servicii conexe.

Pentru asigurarea calităţii în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că îşi desfăşoară activitatea într-o forma legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001, acte doveditoare care să conţină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică şi programul de activitate.

ART. 4 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialităţile clinice se calculează prin înmulţirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale – consultaţii, acordate cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical-consultaţie.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea - majorarea este cu până la 100%.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie şi homeopatie, planificare familială, precum şi 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 ţară; pentru anul 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 0,9 lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical - consultaţie se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcţie de fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialităţile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice se defalchează pe trimestre.

(6) Fondul pentru stabilirea valorii definitive a punctului respectiv pentru plata medicilor de specialitate din specialităţile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se obtine ca diferenta intre fondul aprobat pentru ambulatoriul de specialitate clinic si suma corespunzatoare serviciilor conexe actului medical.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicilor de specialitate din specialităţile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităţilor clinice, se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus faţă 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 şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situaţia 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 calităţii furnizării serviciilor medicale, pentru asiguraţii 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 condiţiile în care acestea vor fi efectuate, raportate şi validate, conform reglementărilor privind dispensarizarea bolilor cronice. Excepţie fac situaţiile în care asiguratul solicită în nume propriu şi în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale paraclinice (furnizori: de analize medicale de laborator, de investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală, de investigaţii medicale paraclinice - explorări funcţionale), de un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti), de medicii de familie (prin act adiţional la

contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară) şi de un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

a) numărul de investigaţii paraclinice;

b) tarifele negociate;

Numărul de investigaţii paraclinice negociat între furnizorii de investigaţii medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii şi monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală – abdomen şi pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară) şi casele de asigurări de sănătate se stabileşte în limita numărului de investigaţii paraclinice necesar pe total judeţ, determinat de comisia constituită conform art. 43 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.262/2010, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinaţie.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile prevăzute în anexa nr. 10, respectiv în anexa nr. 11 la ordin.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale, 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 şi pe luni.

(2) Numărul investigaţiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligaţia încadrării în valoarea lunara a contractului/actului adiţional. Pentru situaţiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situaţii şi cu avizul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adiţional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferenţa de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligaţia încadrării în limita valorii lunare de contract.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate faţă de suma lunara prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea lunara contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeasi luna şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional şi se repartizează proportional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la inceputul anului pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea si in raport cu valoarea de contract aferenta lunii in care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigaţiile medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală intr-o luna şi de la investigaţiile medicale paraclinice - explorări

funcţionale intr-o luna - se redistribuie furnizorilor care în aceeasi luna şi-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigaţii paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate şi nu vor încheia subcontracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigaţii paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinaţia servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele/actele adiţionale iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în norme, precum şi reevaluarea punctajului furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situaţii justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigaţii medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, precum şi servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunara de contract/act adiţional în limita a maxim 5%, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii urmatoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situaţia 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 şi 11 ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de investigaţii paraclinice si conduce la rezilierea contractului.

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele rezultate din reducerea tarifelor maximale cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Prezentarea, susţinerea şi negocierea ofertelor privind procentul de diminuare a tarifelor pentru investigatii paraclinice se face în şedinţă deschisă, în prezenţa reprezentaţilor casei de asigurări de sănătate şi a tuturor reprezentanţilor legali ai furnizorilor care doresc să încheie contract de furnizare de servicii medicale paraclinice.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale clinice, ecografii, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie şi de medicină internă serviciul ”monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice” cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condiţiile prevăzute la lit. a) din nota de la cap. I lit. A din anexa nr. 7 la ordin, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în aceeaşi anexă.

Pentru ecografiile, respectiv monitorizările şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice, pentru care medicii cu specialităţi medicale clinice, respectiv medicii de specialitate cardiologie şi medicină internă încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice şi care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de către alţi medici de specialitate, respectiv de către alţi medici de specialitate cardiologie şi medicină internă, programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigaţiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului. La momentul prezentarii asiguratului in vederea efectuarii investigatiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a consemna data prezentarii, de a semna si stampila formularul, indiferent daca investigatiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentarii. In situatia in care, din motive obiective, investigatiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentarii, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta sa se poata prezenta la alt furnizor de investigatii medicale paraclinice. Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigaţiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(2) Prin excepţie de la prevederile alin. (1), biletele de trimitere pentru efectuarea de investigaţii paraclinice specifice pentru afecţiunile cuprinse în unele programe naţionale de sănătate / diabetul şi bolile de nutriţie precum şi cele pentru afecţiunile oncologice au valabilitate de pâna la 90 de zile calendaristice, în condiţiile în care pentru afecţiunea respectivă şi medicaţia a fost prescrisă pentru acelaşi interval de timp.

(3) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, în situaţia în care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere, este obligat să anuleze cu o linie pe cele două exemplare ale biletului, serviciile paraclinice neefectuate ; este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigaţii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice. In situaţia în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puţin un furnizor de servicii medicale paraclinice intr-un judeţ, respectiv în Municipiul Bucureşti, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de

servicii medicale paraclinice să se afle în relaţie contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

(4) Fiecare casă de asigurări de sănătate îşi organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, în acest sens stabilindu-şi evidenţe proprii.

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi dacă acestea conţin cel puţin setul minim de date.

(5) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, investigaţiile medicale paraclinice se acordă pe baza biletului de trimitere.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi a fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în două exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 10 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive şi a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile medicale de medicină dentară pentru care se încasează contribuţie personală din partea asiguratului şi condiţiile 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 şi dentişti care intră în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) şi lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obţinut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;

d) suma stabilită conform lit. c), se ajustează în funcţie 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 şi luni.

(2) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel naţional este de 1.000 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.

(3) 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 situaţii justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu

condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(4) În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adiţional.

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinaţia servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse şi cheltuielile aferente activităţilor 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 ţin evidenţa serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat şi pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unităţile ambulatorii de recuperare-reabilitare din structura unor unităţi sanitare sau unităţile ambulatorii în care îşi desfăşoară activitatea medici angajaţi într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranţă naţională şi autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale – consultaţii / cazuri pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare 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 recuperare-reabilitare a sănătăţii cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale – consultaţii, respectiv tariful pe consultaţie şi numărul de servicii medicale – cazuri, respectiv tariful pe caz.

Suma contractată se defalcă pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale **–** consultaţii şi a numărului de cazuri de de recuperare-reabilitare a sănătăţii se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultaţii de recuperare-reabilitare acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de servicii medicale – consultaţii rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie medicală este necesară o durată de 15 minute în medie. Dacă programul de lucru este mai mare de 7 ore pe zi numărul de consultaţii, poate creşte corespunzător;

b) serviciile medicale – cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru 10 zile de tratament şi o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale; la contractare se are în vedere diversitatea procedurilor propuse pentru contractare reflectată în tipul şi numărul de aparate aflate în dotare, personalul de specialitate, programul de lucru."

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare-reabilitare; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale – consultaţii şi numărului de cazuri de de recuperare-reabilitare la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinaţia de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale – consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate asiguraţilor de la data semnării acestora.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu se face prin plata prin tarif pe serviciu medical – consultaţii şi număr de cazuri exprimat în lei. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale – consultaţii şi numărul de cazuri de de recuperare-reabilitare 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, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare în staţiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilit de medicul de recuperare-reabilitare a sănătăţii.

(9) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate se face în funcţie de numărul de servicii medicale – consultaţii şi numărul de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătăţii realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulţit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate.

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 consultaţii de acupunctură, respectiv tariful pe consultaţie şi numărul de servicii medicale – caz, respectiv tariful pe caz. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultaţii de acupunctură şi a numărului de servicii medicale - caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultaţii de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de consultaţii de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultaţie pentru o cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură – caz, se contractează şi raportează în vederea decontării maximum 2 cure /an, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale;

(3) Contravaloarea servicii de acupunctură – consultaţii şi cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale–caz pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie, în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi 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.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultaţii de acupunctură şi cazurilor – cure de acupunctură;

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare-reabilitare a sănătăţii şi paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată in luna anterioara, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 16 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialităţile clinice, paraclinice, de medicină dentară şi de recuperare-reabilitare a sănătăţii care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, precum şi a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fără recomandare medicală sau fără a îndeplini condiţiile care îi permit adresare directă) sau în situaţia în care asiguratul nu acceptă programare pe listele de prioritate se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează chitanţă fiscală, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, pot fi angajaţi numai medici şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare, cu excepţia persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiştii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialităţile clinice, de recuperare-reabilitare a sănătăţii şi de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, folosind formularul de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se

desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialităţile clinice, recuperare-reabilitare a sănătăţii, 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 şi servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 18 Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi casa de asigurări de sănătate.

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătăţii, numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialităţi, care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice, respectiv de recuperare-reabilitare a sănătăţii. Furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătăţii, păstrează un exemplar şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătăţii, au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(3) În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv a celor de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia 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 asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXĂ 8 A

- model -

Furnizor de servicii medicale .....
Medic .....
Specialitatea ……
Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate …….....
Nr. contract .....

FIŞA DE MONITORIZARE
în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice

Nume:……. Prenume: ……
Data naşterii: ……..

Cod numeric personal:

Sex: M / F
Adresa: …….

Diagnostic: ……
Data luării în evidenţă: …….
Comorbidităţi: …….
Factori de risc: …….

Examinări clinice

Data programăriii	Data realizării

Investigaţii paraclinice

Tip investigaţie	Data programăriii	Data realizării

Recomandări:

- Tratament igieno- dietetic

……..
……..

- Tratament medicamentos

……..
……..

- Alte recomandări

……..
……..

Data completării …… Semnătura, parafa şi ştampila ……..

ANEXA 8 B

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....
Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARAŢIE
- model -

Subsemnatul (a), ...
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului.

Casa de Asigurări de Sănătate …….

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

ANEXA 8 C

Furnizor de servicii medicale de recuperare –reabilitare .....
Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARAŢIE
- model -

Subsemnatul (a), ...
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare şi cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

.....

ANEXA 8 D

Furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală ….....

Punct de lucru [1])……..

PERSONAL MEDICO - SANITAR

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI		Certificat membru CMR/CMDR	Asigurare de răspundere civilă			Contract **)		Program de lucru	Cod parafa	Specialitatea / Competenţa	Specialitatea/Competenţa	Grad profesional
			Serie şi nr.	Data eliberării	Data expirarii	Nr.	Valabilă până la	Valoare	Nr. contract	Tip contract					

														a *	

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

Total medici =

OPERATORI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociaţie profesională		Contract **)		Program de lucru	Cod parafa (după caz)	Tip de activitate **)
			Serie şi nr.	Data eliberării	Data expirarii	Nr. contract	Tip contract			

**)absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician.

Total operatori =

ASISTENŢI MEDICALI

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă	Contract**)	Program de lucru	Specialitatea/Competenţa	
			Serie şi nr.	Data eliberării	Data expirarii	Nr.	Valabilă până la	Valoare	Nr. contract	Tip contract		

Total asistenţi medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (după caz)
			Serie şi nr.	Data eliberării	Data expirarii	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

[1]) în situaţia în care furnizorul are mai multe punte 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 încare se exercită profesia (contract de muncă, PFA, etc.)

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal……..……..…

Nume şi prenume, semnătură, ştampilă……

Data întocmirii…….……

ANEXA 8 E

Furnizor de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale….....

Punct de lucru [1])……..

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL PERSONAL MEDICO - SANITAR

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI Certificat membru CMR/CMDR					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa	Specialitatea / Compe-tenţa	Specialitatea / Competenţa *	Grad profesio-nal
			Serie şi nr.	Serie	Nr	Data eliberării	Data expirarii	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract					

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

Total medici =

ASISTENŢI MEDICALI DE LABORATOR

Nr. Crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Program de lucru
			Serie şi nr.	Serie	Nr.	Data eliberării	Data expirarii	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	

Total asistenţi medicali de laborator =

CHIMIŞTI

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Contract **)		Program de lucru	Cod parafa (după caz)	Grad profesional
			Serie şi nr.	Serie	Nr.	Data eliberării	Data expirarii	Nr. contract	Tip contract			

Total chimişti =

BIOLOGI

Nr	Nume si	CNP	BI/CI ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Progra	Cod	Grad

ANEXA 9

LISTA
cuprinzând afecţiunile care, după confirmarea ca fiind un caz nou, permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic şi Angină pectorală instabilă
3. Purtătorii de proteze valvulare şi pace-maker
4. Malformaţii congenitale şi boli genetice
5. Insuficienţă renală cronică în stadiul predialitic
6. Insuficienţă cardiacă clasa III - IV NYHA
7. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
8. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
9. Aplazia medulară
10. Anemii hemolitice endo- şi exoeritrocitare
11. Trombocitemia hemoragică
12. Thalasemia majoră
13. Histiocitozele
14. Telangectazia hemoragică ereditară
15. Purpura trombocitopenică idiopatică
16. Trombocitopatii
17. Purpura trombotică trombocitopenică
18. Boala von Willebrand
19. Coagulopatiile ereditare
20. Tumori cu potenţial malign până la elucidarea diagnosticului
21. Boala Wilson
22. Malaria
23. Tuberculoza
24. Mucoviscidoza
25. Boala Addison
26. Diabet insipid
27. Psihoze
28. Miastenia gravis
29. Bolnavi cu revascularizaţie percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
30. Afecţiuni postoperatorii şi ortopedice până la vindecare
31. Gravide cu risc obstetrical crescut
32. Prematuritatea (în primul an de viaţă)
33. Malnutriţie proteinenergetică (în primii 3 ani de viaţă)
34. Anemiile carenţiale (până la normalizarea hematologică şi biochimică)
35. Rahitismul evolutiv, forma moderată şi gravă (până la vindecarea radiologică şi biochimică)
36. Astm bronşic în criză
37. Glaucom
38. Alte situaţii la recomandarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

NOTA 1:

Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecţiunile de mai sus se face numai în următoarele situaţii:

1. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidenţă de către medicul de familie şi în intervalul de timp până la următoarea consultaţie la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie;

2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcţie de parametrii de monitorizare;

3. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare si tratament pentru tot anul in curs, conform fişei 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 evoluţia bolii şi în atitudinea terapeutică

2. Medicul de specialitate care are in evidenta bolnavul are obligatia de a depune la contractare lista cu asigurati – bolnavi cu afectiuni cronice in evidenta.

ANEXA 10

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I
Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice – laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la Cap. II pct. 1 din Anexa nr. 7 la prezentele norme, cu excepţia examinărilor histopatologice.

b) Pentru examinările histopatologice furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai in situaţia în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru meniul de teste efectuate de fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică.

4. Să facă dovada ca toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de analize medicale / punct de lucru din structura, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate medicină de laborator, biolog, chimist, biochimist.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator, cu excepţia situaţiei prevăzută la art. 43 alin. (12) din Contractul cadru aprobat prin HG nr.262/2010.

NOTA: Pentru laboratoarele de anatomopatologie nu se aplică punctul 2.a) şi punctul 5.

CAPITOLUL II
Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii paraclinice-analize de laborator se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 43 alin.(5) din contractul-cadru aprobat prin HG nr..... din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate şi cu consultarea obligatorie a direcţiilor de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, a colegiilor teritoriale ale medicilor şi patronatelor reprezentative la nivelul judeţului din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice.

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	45%
2. criteriul de calitate	45%
3. criteriul financiar	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 45%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria si numarul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.

d) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr inainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi 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 şi transmit Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situaţia centralizatoare cu privire la:

- tipul şi denumirea fiecărui aparat
- seria şi numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul şi data documentului care dovedeşte deţinerea legala a fiecărui aparat

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi numar la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

e) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

f) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, 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
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) – analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani – 12 puncte.
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser flowcitometric - 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 al aparatului.

c) – analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 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 al aparatului
- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitometric - cu o vechime de până la 5 ani – 36 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului

*) De menţionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie.

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 al aparatului;
b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani– 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

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 două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- identificarea germenilor – 10 puncte;
- efectuarea antibiogramei – 8 puncte.
2.2. Micologie:
- decelarea prezenţei miceliilor si identificarea miceliilor – 10 puncte;
- efectuarea antifungigramei – 8 puncte.
2.3. Parazitologie:
- examen parazitologie pe frotiu – 2 puncte;

3. Biochimie:
- analizor semiautomat - 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;
- analizor automat - 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 al aparatului.

În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigaţie/oră se acordă câte 0,06 puncte.
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 al aparatului;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani , cu:
- o microplaca 25 puncte
- doua microplaci simultan 30 puncte
- 4 microplaci simultan 35 puncte
- 6 microplaci simultan 40 puncte
- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;

c) sisteme speciale cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte
- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă/oră se acordă cîte 0,6 puncte.

5. Citologie Papanicolau 5 puncte.
Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie 25 puncte.

NOTĂ:
Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfăşoară activitate cel puţin un angajat cu studii superioare de specialitate.
Aparatele mai vechi de 10 ani nu se puncteaza.

B. *Resursele umane*

Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei angajaţi cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate 20 puncte;
2. medic specialist 18 puncte;
3. chimişti, biologi, biochimişti principali 16 puncte;
4. chimişti, biologi, biochimişti specialişti 14 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti 10 puncte;
6. asistenţi medicali de laborator 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 activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafa si numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date - 30 puncte;

3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii: datele de contact – adresa, teleforn, fax, mail, pentru laboratoarle/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări şi chestionar de satisfacţie a pacienţilor - 2 puncte.

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 şi 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.
Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 45%.

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii", în conformitate cu SR EN ISO/ CEI 17025 sau SR EN ISO 15189 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoţit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este

acreditat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:
a) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie şi Imunologie cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

b) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în Anexa nr. 7, altele decât cele menţionate la lit. a) şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

c) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătăţii" şi care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde şi lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:
- se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale, cu condiţia ca aceasta sa se fi efectuat de cel putin 4 ori/an in ultimele 12 luni. Pe parcursul derularii contractului obligatia participarii la schemele de testare a competenţei de cel putin 4 ori pe an ramane valabila in aceleasi conditii.
Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul financiar
Ponderea acestui criteriu este de 10%.
Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevazute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de laborator care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

1. Pentru incheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de analize medicale de laborator prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin; procentul de diminuare se propune distinct pentru fiecare categorie de analize (hematologie, biochimie, imunologie, microbiologie, histopatologie).

2. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă şi nu poate depăşi 20% din tariful maximal.

3. Tarifele rezultate ca urmare a aplicarii procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de analize medicale de laborator.

4. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acorda furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acorda un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate analizele medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţia de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 45 % pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 45 % pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii" şi 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale";

c) 10% pentru criteriul financiar.

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărţirea 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 obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut 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 obţine prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile si modalitatea de calcul se aplica în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător

fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

NOTA 1: În funcţie de necesarul de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigaţiilor 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 anatomopatologie.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 43 alin.(5) din contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de anatomopatologie din totalul fondului cu destinaţia de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele, şi personalul specific).

ANEXA 11

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I
Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:
1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua investigaţiile de radiologie şi/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie – imagiastică medicală / punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – radiologie şi imagistică medicală, astfel:
a. Laborator de radiologie şi imagistică medicală - investigaţii conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
b. Ecografia generală, ca prestaţie independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice şi medici de familie, cu

competenţă /supraspecializare/ atestat de studii complementare emis de instituţiile abilitate în condiţiile legii;

c. Ecografia endocrinologică ca prestaţie independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice, în diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie şi gerontologie;

e. Ecocardiografia efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie şi pediatrie, de către medici de specialităţi clinice;

f. Ecografia fetală efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de genetică medicală;

g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecţiuni ginecologice) si în cabinetele medicale de urologie.

i. Radiografia dentară ca prestaţie independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 – 23 de saptamani) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică- ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică- ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru meniul de teste efectuate de fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică.

3. Să facă dovada ca toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de radiologie – imagiastică medicală / punct de lucru din structura, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate radiologie-imagistică medicală, condiţii cumulative ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie – imagiastică medicală.

CAPITOLUL II
Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii de radiologie-imgistică medicală se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. art. 43 alin.(5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr…. din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate şi cu consultarea obligatorie a direcţiilor de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, a colegiilor teritoriale ale medicilor şi patronatelor reprezentative la nivelul judeţului din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice.

2. La stabilirea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigaţii

medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 70 %
2. criteriul de calitate 10%
3. criteriul financiar 10%
4. criteriul de disponibilitate (pentru program non-stop) 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 70%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie şi imagistică medicală sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria si numarul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr inainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

f) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr inainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi 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 şi transmit Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situaţia centralizatoare cu privire la:
- tipul şi denumirea fiecărui aparat
- seria şi numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul şi data documentului care dovedeşte deţinerea legala a fiecărui aparat

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi numar la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

g) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

h) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, 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 al 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 al 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 al 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 al 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 al dispozitivului;

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie
  - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
  - direct digital 10 puncte;
- opţiuni:
  - stepping periferic 5 puncte
  - cuantificarea stenozelor 5 puncte
  - optimizarea densitatii 5 puncte
  - trendelenburg 3 puncte
  - afisare colimatori fara radiatie 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 al dispozitivului.;

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie:

- parţial digital 5 puncte;
- digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existenţa de casete dedicate 1 punct;
- facilitate 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 al dispozitivului.;

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- mod de lucru al unităţii 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;
  - achizitie imagine panoramica: 1 punct
  - achizitie imagine panoramica cu Doppler color, 1 punct
  - achizitie imagine cu armonici superioare: 1 punct.

- caracteristici tehnice sistem:
  - monitor alb-negru/color - - 1 punct;
  - modalitati de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opţiune se adaugă - 1 punct

  - aplicaţii software incluse (abdomen, părţi 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 al dispozitivului

- se acorda 30 de puncte pentru fiecare computer tomograf secvential, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- numărul de secţiuni concomitente:
  - 2 - 8 secţiuni 25 puncte;
  - 16 - 32 secţiuni 40 puncte;
  - peste 32 secţiuni 70 puncte;
  - peste 64 secţiuni 100 puncte;
- timp de achiziţie a imaginii:
  - 0,5 – 1 secunda: 10puncte;

    sau
  - <0,5 secunde: 20 puncte
- aplicatii software* instalate pe computerul tomograf:
  - 3D: 2 puncte;
  - Circulaţie – 64 slice 2 puncte;
  - evaluare nodul pulmonar – 16 slice 2 puncte;

- perfuzie – 64 slice 2 puncte;
- colonoscopie – 64 slice 2 puncte;
- angiografie cu substractie de os – 16 slice 2 puncte;
- dental – 2 slice 2 puncte;

*se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentata a aplicaţiilor menţionate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
  - analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- statie de post procesare si software aferent*: 20 puncte;

* se va puncta dacă în documentaţia de punere în funcţiune există dovada deţinerii şi instalăriiechipamentului

h) imagistică prin rezonanţă 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 al dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: san, extremitati, cap, genunchi, etc), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

1. - câmp magnetic - 1 T 10 puncte;
   - 1,5 T şi peste 20 puncte;
2. - pentru fiecare tip de antena instalată* se adauga: 20 puncte;

*se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentata a echipamentelor

3. Aplicatii software* instalate pe RMN – pentru fiecare tip de soft instalat se adaugă: - 10 puncte

*se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentata a aplicaţiilor instalate pe echipamente

4. Accessorii
   - Printer - digital: 5 puncte;
     - analog: 1 punct;
   - Injector automat: 15 puncte;

- Statie de post procesare si software aferent * 20 puncte
(alta decât staţia de vizualizare) :

* se va puncta dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune 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 obţinut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 1 5 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 al dispozitivului;

La punctajul obținut se adaugă:

- posibilitatea de realizare investigatie completă (whole body):

- 10 puncte.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia şi stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- developator automat umed 3 puncte;
- developator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- developare automata uscata: 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.

Nota 1:
Aparatele mai vechi de 10 ani nu se puncteaza.

Nota 2 : În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deţinut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziţie, anexă care descrie şi confirma configuraţia 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-imgistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acorda 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 şi imagistică medicală: 15 puncte;
-medic primar radiologie şi imagistică medicală: 30 puncte
-medic de specialitate medicină nucleară: 15 puncte
-medic primar medicină nucleară: 30 puncte
- medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută în ultimii 5 ani 5 puncte
- medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută între 5 – 10 ani 15 puncte
- medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 10 ani 30 puncte

(punctajul se acordă pentru medicii din specialităţile clinice şi medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice / contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicesti, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)

- medic dentist 5 puncte

(punctajul se acordă pentru medicii dentişti care efectuează radiografii dentare retroalveolare şi panoramice în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

-medic specialist explorări funcţionale 9 puncte
-medic primar explorări funcţionale 11 puncte

- operatori:

- absolvent colegiu imagistică medicală 5 puncte;
- asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
- bioinginer: 6 puncte;
- fizician: 6 puncte;
- asistenţi medicali:
- de radiologie 6 puncte;
- alte specialităţi pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

Notă: Se acordă punctaj pentru fiecare persoană încadrată cu normă întreagă. Pentru cei încadraţi cu contract de muncă cu timp parţial lucrat se acordă punctaj proporţional cu fracţiunea de normă.

C. Logistica:

a) distribuţia rezultatelor investigaţiilor la medicul care a recomandat investigaţia:
- reţea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanţa (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafa si numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):
- operaţional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte;

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii: datele de contact – adresa, teleforn, fax, mail, pentru laboratoarle/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări şi chestionar de satisfacţie a pacienţilor - 2 puncte.

d) teleradiologie:
- server în centrul de achiziţie 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 şi CT şi RMN.
Pentru furnizorii de investigaţii 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) şi c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate
Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Implementarea sistemului de management al calităţii, în conformitate cu SR EN ISO 9001:2001 pentru diagnostic imagistic sau cu alt standard adoptat în România la momentul aplicării prezentului ordin, este dovedită de furnizor prin certificatul de

conformitate a sistemului de management al calităţii însoţit de o copie de pe manualul calităţii, în care să fie specificat tipul investigaţiilor pentru care s-a acordat.

În situaţia în care furnizorul de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală prezintă certificatul de conformitate, acesta primeşte maxim 100 de puncte, respectiv cate un punct pentru fiecare investigatie care se regaseste in anexa la certificatul de conformitate a sistemului de management şi care este ofertat spre contractare. Furnizorii care nu prezintă certificatul de conformitate nu primesc punctaj la acest criteriu.

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imgistică care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate investigaţiile medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul financiar
Ponderea acestui criteriu este de 10%.
Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imgistică, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevazute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de de radiologie-imgistică care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

a. Pentru incheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, pentru fiecare tip de investigaţii, procent care nu poate depăşi 12% din tariful maximal.
b. Tarifele rezultate ca urmare a aplicarii procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare tip de investigaţii reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de de investigaţii de radiologie-imagistică medicală.
c. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acorda furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare tip de investigaţii. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acorda un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.
d.Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

4. Criteriul de disponibilitate
Ponderea acestui criteriu este de 10%.
Punctajul se acordă astfel:
- pentru furnizorii care asigură un program prelungit de 12 ore zilnic, inclusiv sambătă, duminică şi sărbători legale se adaugă - 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program non stop de 24 ore zilnic se adaugă - 100 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 obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţie de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:
a) 70 % pentru criteriul de evaluare;
b) 10 % pentru criteriul de calitate.
c) 10% pentru criteriul financiar
d) 10% criteriul de disponibilitate

B. Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor la cele patru criterii.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea 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 obţinută pentru fiecare dintre cele 4 criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut 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 obţine prin însumarea celor patru sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile si modalitatea de calcul se aplica în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imgistică pentru laboratoarele / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imgistică în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imgistică în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.
Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 43 alin.(5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.262/2010 vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcţionale din totalul fondului cu destinaţia de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcţionale - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai investigaţiile, aparatele, şi personalul specific).

ANEXA 12

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare

- cabinetul individual ..... , având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……adresă e-mail…….fax…….reprezentat prin medicul titular.....;

- cabinetul asociat sau grupat ..... , având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……adresă e-mail…….fax……. reprezentat prin medicul delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……adresă e-mail…….fax……. reprezentată prin administratorul .....;

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil …… adresă e-mail…….fax…….reprezentată prin .....;

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……adresă e-mail…….fax…….reprezentată prin .....;

- Ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, , având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……adresă e-mail…….fax…….reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centru medical - unităţi cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……adresă e-mail…….fax……. reprezentat prin .....;

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ..... , având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/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 - consultaţii în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în următoarele specialităţi şi competenţe/atestat de studii complementare:

a) .....;
b) .....;
c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile 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 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul **2010**, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale clinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale clinice cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale clinice cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afişare atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; precum si numărul total naţional de puncte realizat, afişat pe pagina de web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, ~~pe~~ în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia;

i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale clinice cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical / serviciu medical-caz în condiţiile stabilite prin norme.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

2. să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contract-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară – bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; pentru asiguraţii incluşi în Programul naţional cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi prin actele normative în vigoare;

9. să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate; cu avizul conform al directiei de sanatate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contract; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

11. să asigure respectearea prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără **nicio** discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

17. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

21. să asigure acordarea asistenţăei medicalăe necesarăe titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

22. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 condiţiile prevăzute în anexa nr. 7 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

24. să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevazute in norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecţiunilor confirmate care

permit prezentarea direct la medicul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum şi a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie şi planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, furnizorii de servicii medicale în asistenţa ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepţia serviciilor medicale de recuperare-reabilitare şi a investigaţiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medicale pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte 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 conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

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 utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

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 de bază, pachetul minimal de servicii medicale şi pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alţi furnizori în baza

acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

32. sa recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinaţie şi conform unui buget orientativ, în condiţiile stabilite prin norme;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi trimestrial mişcarea acestora;

34. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi tarif pe serviciu medical –caz pentru servicii medicale de acupunctură.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe ţară, pentru anul 2010; valoarea minimă garantată a unui punct pentru pata pe serviciu medical este în valoare de …….. lei.

(3) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de 9 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.

(4) Valoarea contractului pentru serviciile medicale – caz pentru serviciile medicale de acupunctură este de ……lei

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi 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.

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de ..... .

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale–cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie ,în limita sumelor contractate, până la data de…….. a lunii următoare celei pentru care se face plata ,pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de…….

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de specialitate din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea / atestat de studii complementare /competenţă: .....
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 /competenţă:.....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
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 şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

ART. 10 Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, se majorează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....%
b) gradul profesional, cu .....%.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 13 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă

majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuţie personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul şi de unele materiale sanitare şi/sau recomandări nejustificate de investigaţii paraclinice, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii la care se constata acestea, sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferentă lunii în care s-au produs aceste situaţii, conform prevederilor lit. a), b) şi c), pentru fiecare dintre aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct 2, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20, 23, 28 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 33 consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care

permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1) şi alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate

ART. 15 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, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22 şi 29 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20 şi 23;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) şi art. 48 alin. (1) lit. a), b), c) şi h) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

j) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract 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 de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi pentru obligaţia prevăzută la art. 7 pct. 27.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exerciţiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, ~~cât~~ precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condiţiile stabilite prin norme.

ART. 18 (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 19 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 22 (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia actualizării autorizaţiei sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIII. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,

.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

Anexă la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice nr……..

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr……..,
- certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale ..... nr. ..... (pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare) sau actul de înfiinţare sau organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicită să le contracteze .....(pentru ceilalţi furnizori)
- autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ……../raportul de inspecţie nr. **.....** eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal……..,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului…….
- dovada de evaluare a furnizorului nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- act/acte doveditor/doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical nr…….. ……., cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) avizul de liberă practică……, tipul serviciilor furnizate……şi programul de activitate…….. pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- autorizaţia de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabile la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar angajat,
- lista privind evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în norme

ACT ADIŢIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii, respectiv monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei efectuate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie şi medicină internă

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 13

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual .....,....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil..... având sediul în municipiul/oraşul..adresă de e-mail…….fax…… reprezentat prin medicul titular .....;
- laboratorul asociat sau grupat ..... , având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil.....adresă de e-mail…….fax…… reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil.....adresă de e-mail…….fax…… reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str.

..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil.....adresă de e-mail…….fax…… reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil.....adresă de e-mail…….fax…… reprezentată prin .....;

Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului ..... având sediul în municipiul/ oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil.....adresă de e-mail…….fax…… reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/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 asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr…./2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr…./2010, în următoarele specialităţi:

a) .....;
b) .....;
c) .....;
.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile 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 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative ;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicaţiilor şi Turismului.. În situaţia în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicaţiilor şi Turismului, nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puţin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un judeţ, respectiv în municipiul Bucureşti, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relaţie contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

g) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

h) să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme,

j) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin HG nr.262/2010.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

b) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura va fi însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru pacienţii din

statele membre ale Uniunii Europene/spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatori, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti în baza formularului al cărui model este prevăzut în Anexa nr. 39 B la ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……./……../2010, program asumat prin prezentul contract, avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi 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/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale numai pe baza biletului de trimitere, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situaţia în care Casa Asigurărilor de Sănătate a

Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puţin un furnizor de servicii medicale paraclinice intr-un judeţ, respectiv în Municipiul Bucureşti, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relaţie contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

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

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face şi 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 funcţiune;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază şi pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

u) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situaţia în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puţin un furnizor de servicii medicale paraclinice intr-un judeţ, respectiv în Municipiul Bucureşti, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relaţie contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să calibreze şi să spele aparatele din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice din cărţile tehnice ale acestora şi să consemneze aceste operaţiuni, pentru conformitate şi regularitate în documentele obligatorii de control intern, conform legii;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, pe toată perioada de derulare a contractului; cu excepţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice aparţinând reţelei sanitare proprii a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti cu condiţia ca aceşti furnizori să facă dovada demersurilor necesare pentru obţinerea certificării ISO în termen de maxim 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……./……../2010.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

ac) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru toate investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigaţii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a oricăror alte investigaţii efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezenţa unui medic de specialitate de medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie şi imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi 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 sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în norme;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice – analize medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie, imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate, cu excepţia furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr.83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi 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 evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	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 obligaţia încadrării în valoarea contractului.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în Anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……/…….

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toţi furnizorii.

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 şi luni şi 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 şi a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

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 obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14 În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), şi s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii , după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

Reţinerea sumelor conform celor de mai sus, se face din prima plată care urmează a fi efectuată.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice 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 conform prevederilor legale în vigoare ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la data încetării valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului respectiv de la data încetării valabilităţii acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. a), c), i), k), n), p), q), t), x), y), z),w, ac), ag) ah) şi ai), a obligaţiei contractuale prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. …/2010, precum şi la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h), j), l), m), o), r) şi s); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 de câte trei ori pe an 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 de trei ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligaţiei 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 înţelege 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 situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional 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 şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

ART. 16 Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea 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 anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al laboratorului individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exerciţiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situaţia descrisă anterior;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului;

f) în situaţia prevăzută la art. 7, lit. ad);

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condiţiile stabilite prin norme.

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) şi s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 şi 17 referitoare la condiţiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societăţii comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 lit. b), c), se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22(1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea ~~a~~ autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia actualizării autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj, sau, după caz, a instanţelor de judecată.

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	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE

Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

Anexă la contractul de furnizare
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice nr……..

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală nr……,
- Certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale ..... nr. ....., actul de înfiinţare sau organizare a unităţii sanitare ..... (furnizorii organizaţi conform O.G. nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare), în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicită să le contracteze,
- autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ...../raportul de inspecţie nr……eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege
- 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 atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr……..……, în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 17025 / SR EN ISO/CEI 15189, însoţit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat,
- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/ alt standard adoptat în România nr…….,,
- dovada participării la schemele de testare a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale nr…….,,

ANEXA 14

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi 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 înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....;

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţele sanitare proprii, ..., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului,

reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centru medical - unitate cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon……..fax……,e-mail ....., reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraţilor serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în următoarele specialităţi:

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 dentişti/dentişti:

1. .....;
2. .....;
3. .....;
4. .....
.....
..... .

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010 .

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 6 În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de medicină dentară, suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de catre casa de asigurări de sănătate in termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurari de sanatate.

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor serviciilor medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind conditiile acordarii medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind conditiile acordarii medicale in cadrul sistemului

de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010.

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii:

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

2. să informeze asiguraţii cu privire la drepturile si obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, in mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară – bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

9. să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al directiei de sanatate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind conditiile acordarii medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262//2010, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricareia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

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

12. să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare

medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu şi fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile **şi** efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită in timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraţilor, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament,

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide;

16. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a contractului cadru privind conditiile acordarii medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

18. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

19. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

20. să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

21. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 condiţiile prevăzute în prezentul contract-cadru şi în normele metodologice de aplicare a acestuia;

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 investigatii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale şi pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării,

bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din FNUASS;

28. sa recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de presciere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinaţie şi conform unui buget orientativ, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind conditiile acordarii medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010;

29. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

30. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

VI. Modalităţi de plată

ART.8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară cuantificat în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262 şi în limita sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menţionat 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 ..... .

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist din componenţa 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 şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară 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 asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la

încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare cu 10%;

b) la a doua constatare cu 20%;

c) la a treia constatare cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuţie personală din partea asiguratului şi de unele materiale sanitare, şi/sau recomandări nejustificate de investigaţii paraclinice se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, conform prevederilor lit. a), b) şi c), pentru fiecare dintre aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 19, 22 şi 23 se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilitaţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21 şi 25 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre situaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19 şi 22;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract 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.

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din FNUASS.

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi pentru obligaţia prevăzută la art. 48 alin. (1) lit. e) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 17 Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul de servicii de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România.

ART. 18 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 de zile calendaristice de la data încetarii valabilitatii acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România sau este suspendat din exerciţiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situaţia descrisă anterior.

e) nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de medicină dentară a termenelor de plată a contribuţiei la FNUASS, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizor, până la data la care acesta îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului

ART. 19 Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 lit. b), c), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putinţă spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia actualizării autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin .... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

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	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei Economice,

.....

Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,

.....

Vizat
Juridic, contencios

Anexă la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa 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 asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. ……,
- certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr..... (pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare), sau actul de înfiinţare sau organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicită să le contracteze .....(pentru ceilalţi furnizori);
- autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ...../raportul de inspecţie eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. .....,
- 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, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, ...,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate si a contribuţiei pentru concedii si indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România (pentru fiecare medic dentist) nr……,
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. (pentru personalul mediu sanitar) nr……..,
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentişti nr……,
- dovada prin care personalul medico-sanitar işi exercită profesia la furnizor nr……..,

ACT ADIŢIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică efectuate de medicii de medicină dentară -

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat

ANEXA 15

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătăţii (pentru unităţile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

Şi

- unităţile ambulatorii de recuperare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, reprezentată prin .....;
- cabinetul medical de specialitate ....., organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin .....;
- societatea de turism balnear şi de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificările şi completările ulterioare prin Legea nr. 143/2002 ....., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor şi Infrastructurii, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

având sediul în municipiul/oraşul ....., str..... nr. ..., judeţul/sectorul.....,telefon…….fax……., e-mail.....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii asiguraţilor, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. ..... .

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare 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, aflaţi în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare a sănătăţii.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea, şi valoarea de contract a fiecăruia; în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 sănătăţii, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

4. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

5. să înmâneze la momentul finalizarii controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale recuperare-reabilitare a sănătăţii procesele-verbale şi/ sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională 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 sănătăţii din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, a unor materiale sanitare şi dispozitivele medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia ;

7. să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe ţară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile respectării prevederilor de la art. 48 alin. (2) din Contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi numai în condiţiile în care furnizorul furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării,

Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi / sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului.

11. să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii are următoarele obligaţii:

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

2. să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

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 sănătăţii; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru şi normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare-reabilitare a sănătăţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară – bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

9. să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al directiei de sanatate publica judeţene sau a municipiului Bucureşti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectearea prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

19. să asigure acordarea asistenţăei medicale necesarăe titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

20. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 condiţiile prevăzute în Contractului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi în normele metodologice de aplicare a acestuia;

22. să acorde servicii de asistenţă medicală de recuperare-reabilitare a sănătăţii asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevazute in norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, şi afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală după caz, a biletului

de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediiu medicale pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte 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 conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

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 sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

31. sa recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

32. să întocmească evidenţe distincte şi 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 afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi trimestrial mişcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate

VI. Modalităţi de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical – consultaţie şi tariful pe caz,

exprimate în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 10
(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical*/caz*	Valoare - lei -
0	1	2	3=1x2
Servicii medicale - consultaţii			
Servicii medicale - cazuri			

* Tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătăţii; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale – consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătăţii la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de ..... lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare – reabilitare a sănătăţii realizate şi a tarifelor pe serviciu medical – consultaţie şi 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 şi a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de…….

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi 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*) şi fiecare medic de recuperare-reabilitare din componenţa 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, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare 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 sănătăţii

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, conform prezentului contract se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;
b) la a doua constatare, cu 20%;
c) la a treia constatare, cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuţie personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul şi de unele materiale sanitare şi/sau recomandări nejustificate de investigaţii paraclinice, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se diminuează contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, conform prevederilor lit. a), b) şi c), pentru fiecare dintre aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 şi 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;
b) la a doua constatare, cu 20%;
c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 33, consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

(6) pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii 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, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) şi 27) precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9). 11), 14), 15), 18), 21) şi 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract 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.

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi art. 8 pct. 22), 23) şi 32) din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi pentru obligaţia prevăzută la art. 8 pct. 24;

ART. 20 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare- reabilitare sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exerciţiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care acesta îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condiţiile stabilite prin Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

ART. 22 (1) Situaţiile prevăzute la art. 19 şi la art. 20 lit. b), c), f) şi g) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părţile contractante datorită neîndeplinirii obligaţiilor contractuale, sub condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XI. Corespondenţa

ART. 24 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 26 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală de recuperare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează valabilitatea a autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia actualizării autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare 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	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....

Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

Anexă la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare - reabilitare a sănătăţii nr……..

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. ……,

- certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr..... (pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare), sau
actul de înfiinţare sau organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicită să le contracteze .....(pentru ceilalţi furnizori);

- autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ...../raportul de inspecţie eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege .....;

- dovada de evaluare a furnizorului nr. .....;

- 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, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, ...;

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate si a contribuţiei pentru concedii si indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;

- lista personalului medico-sanitar care îşi şi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;

- dovada prin care personalul medico-sanitar şi 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 personalul mediu sanitar) nr…….;

- autorizaţie de liberă practică nr……., după caz

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate …….;

- lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;

- lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie;

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în condiţiile prevăzute la art. 60 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. .....

.

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă

totalitatea investigaţiilor, tratamentelor şi procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unităţile spitaliceşti, 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) - n).

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situaţiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 şi care sunt acordate de către medicii din unităţile 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 şi serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă şi din structurile asimilate acestora, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unităţile spitaliceşti, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. …… .

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă sau în structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmeşte o fişă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum şi serviciile medicale de mai jos cu tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)
a) - Radioterapie	8,50/câmp
b) - Chimioterapie*)	48,50/ sedinta
d) - Litotritie	350,00/sedinta
e) - Implant de cristalin**)	247,54
f) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93
g) - Servicii medicale de oftalmologie:	
- evisceraţie, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicaţie, electrorezecţie	48,57
h) - Servicii medicale ortopedie:	
- halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secţiune tendoane picior, secţiune tendoane mână, amputaţie deget mână, chist sinovial picior	128,66
i) - Servicii medicale ORL:	
- rezecţie septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formaţiune tumorală, polipectomie nazală	116,15
j) - Servicii medicale flebologie (operaţie flebologie)	92,09
k) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):	
- rahianestezie	239,38
- anestezie generală inhalatorie	158,11
- anestezie de contact şi infiltraţie	46,06
- anestezie locoregională de infiltraţie	114,99
- anestezie locală	16,63
- anestezie generală	300,00
l) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară	
Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoză tuberozitară	86,80
Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare,	

	excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formaţiunilor tumorale (osoase - de părţi moi), adâncirea şanţului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecţie apicală cu obturaţie/fără obturaţie, amputaţie radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare)	
-	dinţi ectopici, dinţi din focarul de fractură, excizia bridelor	57,87
-	operaţie cu lambou	190,95
-	corecţie fren, infiltraţie trigeminală	26,62
m) -	amniocenteză***)	600,00
n) -	biopsie de vilozităţi coriale***)	600,00
o) -	Servicii de mica chirurgie: tumorete, lipoame, plagi, abcese, chisturi,	128,66

*) Tariful nu cuprinde medicamentele şi materialele specifice nominalizate prin programul naţional cu scop curativ şi suportate din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozităţi coriale se deconteaza la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, numai de către medicii de specialitate obstetrică ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte, în condiţiile în care se utilizează medicamente, materiale sanitare şi tehnologii avansate).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie decontează numai în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi a fişelor de solicitare prezentate în anexa nr. 18, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, în următoarele condiţii:

- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare;
- urgenţe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă , cu dilacerare de părţi moi şi/sau afectare de organe interne
2. monotraumatisme:
- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive şi/sau deschise cu interesare de vase ale extremităţilor
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcţiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficienţă respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgenţe 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 asiguraţii cu contraindicaţii (prezenţă de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale şi afecţiuni 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. urgenţe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asiguraţii cu contraindicaţii (insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă severă, sarcină, alergie la substanţele 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:

- afecţiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală spitalicească

În situaţia în care pacientul nu poate dovedi achitarea la zi a contributiei datorate la fond, spitalul acordă serviciile medicale pentru situatiile de urgenţă având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situatiile de urgenţa medico-chirurgicala în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial pana la rezolvarea situatiei de urgenta, ;
- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului .

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale spitaliceşti pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgenţe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, pana la rezolvarea situatiei de urgenta;
- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

ANEXA 16 A

Documentele 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.

1. Ştatul de funcţii
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2009
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2009, valabilă la 31.12.2009, 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. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01.2009 şi la 31.12.2009.
6. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2010 pe elemente de cheltuieli *)

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	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII -TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	

Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrana	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	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi experiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico – sociale	51.01.38	
Aparatură ţi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

*)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

ANEXA 16 B

DESFAŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEŢINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCŢIONALĂ) ŞI AL CONSULTAŢIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENŢII

INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE, PE BAZA RELAŢIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂŢILE SANITARE (CONFORM ART. 71 DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI .....
LOCALITATEA .....
JUDEŢUL .....
CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS.NR…….

1. DESFĂŞURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Număr investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie 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 pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări

2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Nr. investigatii paraclinice	Tariful investigaţiei efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	*C2*	*C3*	*C4*	*C5*	*C6=C4*C5*
Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un				x	

CNP					
….. ..					
TOTAL					

[1)] Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte 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. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE – CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate	Număr consultaţii interdisciplinare efectuate	Tarif/consultaţie 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 pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări

4. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE – CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate [*)]	Nr. consultaţii interdisciplinare	Tariful consultatiei interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	*C2*	*C3*	*C4*	*C5*	*C6=C4xC5*

Subtotalul consultatiilor interdisciplinare din specialităţile clinice efectuate pe un CNP				x	
..					
..					
TOTAL					

[1)] Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte 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. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	*C2*	*C3*	*C4*	*C5=C3xC4*
TOTAL			x	

[1)] Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc

6. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul serviciului de transport interspitalicesc[*)]	Nr. servicii de transport intrerspitalicesc	Tariful/km (lei)	Sumă (lei)
C1	*C2*	*C3*	*C4*	*C5*	*C6=C4xC5*
Subtotal pe un CNP				x	
..					
..					
TOTAL					

[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. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

ANEXA 17

CONDIŢIILE
acordării serviciilor medicale în unităţi sanitare cu paturi şi modalităţile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistenţă medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienţii care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore şi pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3. Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, pot face obiectul unui act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice sau obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, cu excepţia serviciilor de hemodializă pentru care se încheie contract distinct. Actul adiţional / contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în Anexa 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, şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG şi tarif mediu pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, aferent spitalelor aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti;
- 1/3 din tariful mediu/caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă cel mai mic aferent spitalelor aflate în relaţie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti se acordă în baza contractelor şi a actelor adiţionale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi – in functie de care se stabileste capacitatea maxima de functionare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;
2. număr de paturi stabilit potrivit structurii spitalelor aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii;
3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii;
4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor pe tipuri de solicitare;
5. durata optimă de spitalizare stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi prevăzută în anexa nr. 19 la ordin, sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mica decât cea optimă, dar nu mai mica de 75% faţă de aceasta;
6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maxima de funcţionare a spitalului, potrivit structurii aprobate şi normativelor in vigoare, pe sectii şi compartimente;
7. indice de complexitate a cazurilor;
8. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;
9. numărul şi tipul investigaţiilor 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.

b) indicatori calitativi:
1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;
6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2009, sau pentru perioada corespunzătoare, dupa caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management.

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 spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecţiunile acute, care se stabileşte astfel:
- număr de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2009 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2010
1. Număr de cazuri externate
La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere următoarele:
- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătăţii) şi al judeţului;
- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie/compartiment în anul 2010, în funcţie de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor şi de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, cu respectarea prevederilor art. 4, alin. (1), lit. a), după caz.
Pentru secţiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obţinut în condiţiile prevăzute mai sus se diminează în funcţie de gradul de operabilitate realizat în anul 2009 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2009. În acest sens, se au în vedere prevederile art. 4, alin. (1), lit. a), pct. 1 cu privire la existenţa personalului de specialitate, necesar pentru asigurarea minimului de siguranţă a serviciului medical.
Pentru secţiile medicale, numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2009 pentru care nu se justifică internarea.
Numărul de externări diminuat atât pentru secţiile chirurgicale, cât şi pentru secţiile medicale poate fi contractat numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul

spitalelor, ca şi cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.
Pentru situaţiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de acelaşi tip, în termen de 48 de ore de la externare, numarul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

2. Indicele de case-mix pentru anul 2009 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului şi a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2009 - 31 decembrie 2009. Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin.

3. Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin şi se stabileşte 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 naţional şi limitele superioare şi inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, precum şi definirea termenilor utilizaţi) sunt prevăzute în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situaţia în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

b) suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte 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/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătăţii) şi al judeţului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2010, în funcţie de numărul de paturi aprobat, de gradul de utilizare a paturilor la spitalul/secţia/compartimentul respectiv şi de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mica decât cea optimă, dar nu mai mica de 75% faţă de aceasta.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă 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 secţie/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti.

4. Pentru secţiile medicale, numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2009 pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situaţiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de acelaşi tip, în termen de 48 de ore de la externare, numarul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte 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.

c) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din spitalele de cronici şi de recuperare, care se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi;

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie/compartiment se vor avea în vedere următoarele:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătăţii) şi al judeţului;
- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie/compartiment în anul 2010, în funcţie de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor şi de durata optimă/durata efectiv realizată de spitalizare cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinaţie spitalului.

Pentru secţiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obţinut în condiţiile prevăzute mai sus se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate în funcţie de gradul de operabilitate realizat în anul 2009 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2009.

Pentru secţiile medicale, numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2009, pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situaţiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de acelaşi tip, în termen de 48 de ore de la externare, numarul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

Numărul de externări diminuat atât pentru secţiile chirurgicale, cât şi pentru secţiile medicale se contractează numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul

spitalelor, ca şi cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Numărul anual de cazuri externate negociat şi contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent. În acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

2. Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului şi indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2009 şi sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti.

În situaţia în care unul din spitale are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri şi îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b);

d) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, decontată din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanţate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală

cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG şi tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăşi 20% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2009 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 20% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2010, în limita a maxim 20%, cu excepţia unitaţilor sanitare de monospecialitate, care derulează programe naţionale de sănătate.

- pentru spitalele care în anul 2009 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 20% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2010, cu creştere de maxim 5% peste valoarea anului 2009, dar fără a depăşi 20% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă.-

(2) Sumele de la lit. d) şi e) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. f), g) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiţionale la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camera de gardă şi în structurile asimilate acesteia din cadrul spitalelor, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului 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 şi sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri şi tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de către unităţile sanitare cu paturi şi de către furnizorii de servicii medicale –investigaţii paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferenţa de 5% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează pentru:

- contractarea şi decontarea serviciilor prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) din Contractul-cadru,
- decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,-
- decontarea sumelor reprezentând depăşirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele clinice de urgenţă care au peste 5.000 de cazuri externate/lună, respectiv 60.000 de cazuri externate/an,
- decontarea numărului de cazuri realizate din secţiile de obstetrică şi neonatologie ce depăşeşte numărul de cazuri contractat, dar nu peste capacitatea maximă a secţiei, la un tarif ce reprezintă 30% din tariful pe caz ponderat

- alte situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după caz.

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv sumele care nu au fost contractate iniţial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul 2010. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi în perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adiţional.

ART. 8. - Sumele pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii şi care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, se determină prin înmulţirea numărului de servicii medicale spitaliceşti / 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 spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate şi raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 a) la ordin;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2010.

2. Regularizarea trimestrială în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul total de cazuri externate, raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. (Validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate); numărul de cazuri astfel nu poate depăşi un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, raportată la prevederile art. 4, alin. (1), lit. a).
- indicele de case-mix realizat pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, dar nu mai mare decât cel stabilit pentru anul 2010, prin anexa 17a.
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2010;
- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, pe baza cazurilor externate raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situaţia în care numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăşi 20% din valoarea contractată pentru servicii in regim de spitalizare continuă,

numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depăşeşte numărul de cazuri ponderate contractat se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situaţia în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depăşire de maximum 5% atât a numărului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, cât şi a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă această creştere se regăseşte ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti la alte spitale/secţii din judeţul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective şi în condiţiile art. 5, alin. (1), lit. h);

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate si validate (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secţiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică – distrofici, neonatologie - prematuri mici şi foarte mici şi TBC, serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăşi durata optimă pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, şi de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare.

În situaţia în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depăşire dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă creşterea numărului de cazuri realizate se regăseşte în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secţii din judeţul respectiv, iar această depăşire se încadrează în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti 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 ţinându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situaţia în care asiguratul este transferat în aceeaşi unitate sanitară, de la o secţie la alta de acelaşi 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/secţiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcţie de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienţei 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 contractaţi şi realizaţi pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către direcţiile de sănătate publică şi transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcţie de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat, de durata efectiv realizată şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici şi de recuperare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:
- numărul de cazuri externate realizate şi validate (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Regularizarea trimestrială, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:
- numărul de externări realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management

Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat,

În situaţia în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depăşeşte numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situaţia în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depăşire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât şi a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă această creştere se regăseşte ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti la alte spitale/secţii din judeţul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective;

d) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice se decontează în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului naţional cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale

spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv (pentru spitalele finanţate în sistem DRG);
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate (pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi).
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG şi tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale."

(2) Spitalele sunt obligate să acopere cheltuielile privind investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, cât şi suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 35% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

ART. 10 (1) Serviciile de hemodializă în insuficienţa renală cronică, acordate în unităţi sanitare cu paturi, respectiv în unităţi sanitare autorizate şi avizate, după caz, de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unităţile sanitare sus-menţionate şi se decontează din fondul aprobat cu destinaţia servicii medicale de hemodializă şi dializă peritoneală.

(2) Pentru serviciile de hemodializă în insuficienţa renală cronică casele de asigurări de sănătate ţin evidenţe distincte.

ART. 11 Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav.

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin

confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilite prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 12 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor numai în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

Investigaţiile menţionate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi a fişelor de solicitare, potrivit modelelor prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La fişa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienţilor internaţi, cât şi asiguraţilor cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu. Pentru pacienţii internaţi nu se aplică prevederea prin care se solicită bilet de trimitere pentru serviciile medicale de înaltă performanţă menţionate la alin. (1).

ART. 14 Spitalele care au în structura proprie dispensare medicale fără medic, suportă din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suma aferentă funcţionării acestora. Personalul mediu sanitar din aceste dispensare acordă primele îngrijiri în caz de boală sau accident, în cadrul unui program de lucru întocmit de spitalul în structura căruia se află dispensarul medical.

ART. 15 Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a

diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa 16 B.

b) suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa 16 B.

ART. 16 Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 17 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre şi luni, cu acordul direcţiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcţie de subordonare, şi 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, dar numai după îndeplinirea obligaţiei prevăzută la art. 66 alin. (1) lit. e) din contractul-cadru, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa 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 excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internate în secţiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potenţial endemo-epidemic.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, direcţiilor de sănătate publică sau ministerelor, în funcţie de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, precum şi cu medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

Modelul de convenţie este cel prevăzut în anexa nr. 37.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraţilor şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

ART. 19 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către Comitetul director, care răspunde, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

ART. 20 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, respectiv ai ministerului de resort, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

ART. 21 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală spitalicească, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 22 Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare şi a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16A.

ANEXA 17A

LISTA SPITALELOR FINANTATE CA TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM SI TCP AFERENT

Cod CNAS	Denumire CNAS	ICM 2009*	Tarif pe caz ponderat TCP 2010 (lei)
AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1,0557	1.390
AB03	Spitalul Municipal Blaj	0,8803	1.390
AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0,7332	1.472
AB05	Spitalul Municipal Aiud	0,9174	1.390
AB06	Spitalul Orasenesc Câmpeni	0,9043	1.390
AB07	Spitalul Orasenesc Ocna Mures	0,7484	1.390
AB08	Spitalul Municipal Sebes	0,8635	1.390
AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0,7115	1.390
AB10	Spitalul Orasenesc Zlatna	0,6360	1.390

AG01	Spitalul Judetean Pitesti	1,0650	1.390
AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	0,9868	1.475
AG05	Spitalul Municipal Câmpulung	0,8158	1.390
AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	0,9400	1.390
AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0,7986	1.390
AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0,8734	1.390
AG12	Spitalul "Dr. Teja Papahagi" Domnesti	0,7460	1.390
AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1,1801	1.390
AR02	Spitalul Municipal Clinic Arad	1,1630	1.390
AR03	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. Salvator Vuia" Arad	0,8078	1.390
AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0,8619	1.390
B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0,9114	1.672
B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1,3817	1.792
B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatorie si Arsuri Bucuresti	1,5176	2.471
B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0,8241	1.750
B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1,1613	1.390
B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0,7157	1.390
B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0,6183	1.390
B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0,6620	1.429
B_104	Institutul Clinic de Boli Digestive si Transplant Hepatic Fundeni	1,0819	2.003
B_108	Institutul Clinic de Uronefrologie si Transplant Renal Fundeni	0,8986	2.003
B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0,7368	1.961
B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0,8613	1.390
B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1,0976	1.390
B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1,1276	1.614
B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1,0990	2.116
B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1,1574	1.467
B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	0,9875	2.003
B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2,3262	1.568
B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1,0646	1.406
B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0,9994	1.390
B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	0,7316	1.473
B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1,3505	1.421
B_24	Spitalul Clinic Caritas "Acad. Nicolae Cajal" Bucuresti	0,7421	1.390
B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	1,1127	1.390
B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1,0108	1.445
B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1,1066	1.390
B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	0,9278	1.922
B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1,4033	1.390
B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1,0305	1.703
B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sîrbu" Bucuresti	0,6622	1.390
B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	1,6705	1.573
B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1,3088	1.390
B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	0,6111	1.832
B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	1,1294	1.390
B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1,2903	1.390
B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	0,9437	1.627
BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	1,0003	1.390
BC03	Spitalul Municipal Onesti	1,0587	1.390
BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0,7892	1.390
BC05	Spitalul Orasenesc "Ioan Lascar" Comanesti	0,7976	1.390
BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1,0232	1.390
BC10	Spitalul de Pediatrie Bacau	1,1967	1.390

BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	0,9815	1.390
BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	1,0310	1.390
BH05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. Alexandru Nemes-Senior" Oradea	0,7558	1.390
BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	0,9573	1.390
BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0,8582	1.390
BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0,9594	1.390
BH12	Spitalul Municipal Salonta	0,7707	1.390
BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0,9783	1.390
BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0,7663	1.390
BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0,7971	1.390
BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1,0446	1.390
BR04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Braila	0,6612	1.390
BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0,7068	1.390
BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	1,1191	1.390
BT04	Spitalul de Copii Botosani	0,8583	1.390
BT05	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Botosani	0,7662	1.390
BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0,6483	1.390
BT07	Spitalul Orasenesc Saveni	0,6097	1.390
BT08	Spitalul Orasenesc Darabani	0,6944	1.390
BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	0,9620	1.390
BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbârcea" Brasov	0,7917	1.390
BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1,3152	1.390
BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1,4098	1.390
BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0,9043	1.390
BV08	Spitalul Municipal Codlea	0,8005	1.390
BV09	Spitalul Municipal Sacele	0,7750	1.390
BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0,6864	1.390
BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0,8726	1.390
BZ01	Spitalul Judetean Buzau	0,8714	1.390
BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sarat	0,7723	1.390
BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0,7107	1.390
CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1,2210	1.390
CJ02	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca	1,3397	1.390
CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	0,8714	1.390
CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1,2849	1.413
CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1,1365	1.390
CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1,0886	1.486
CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2,2856	1.568
CJ10	Spitalul Municipal Dej	0,8723	1.390
CJ11	Spitalul Municipal Turda	0,8642	1.390
CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0,8223	1.390
CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	0,8863	1.414
CJ14	Spitalul Municipal Câmpia Turzii	0,7540	1.390
CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0,7194	2.132
CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0,8553	1.390
CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0,6495	1.390
CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0,7095	1.390
CL04	Spitalul Orasenesc Budesti	0,6126	1.390
CS01	Spitalul Judetean Resita	1,1962	1.390
CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0,9113	1.390
CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0,7041	1.390
CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0,7000	1.390
CS06	Spitalul Orasenesc Anina	0,5527	1.390
CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0,7705	1.390
CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1,1458	1.390
CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0,8857	1.390
CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0,5742	1.390
CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0,7346	1.390
CT07	Spitalul Orasenesc Hârsova	0,8116	1.390
CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1,4162	1.592

CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe	0,9811	1.390
CV02	Spitalul Orasenesc Covasna	0,6010	1.390
CV03	Spitalul Municipal Târgu Secuiesc	0,8814	1.390
CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0,6369	1.496
DB01	Spitalul Judetean Târgoviste	1,1898	1.390
DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0,8621	1.390
DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0,9391	1.390
DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0,7534	1.390
DB05	Spitalul Orasenesc Titu	0,8509	1.390
DB11	Spitalul Municipal Târgoviste	1,1161	1.390
DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1,2072	1.390
DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0,8573	1.417
DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	1,0531	1.521
DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0,8880	1.390
DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	0,9215	1.390
DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0,6794	1.390
DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0,7207	1.390
DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1,2581	1.568
GJ01	Spitalul Judetean Târgu Jiu	0,9884	1.390
GJ02	Spitalul Municipal Motru	0,9261	1.390
GJ03	Spitalul Orasenesc Târgu Carbunesti	0,9118	1.395
GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0,9197	1.390
GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0,9967	1.390
GJ06	Spitalul Orasenesc Bumbesti-Jiu	0,9374	1.390
GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0,6530	1.390
GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	0,9873	1.390
GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	1,0084	1.390
GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0,7821	1.390
GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1,3291	1.390
GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0,6787	1.390
GL08	Spitalul Orasenesc Târgu Bujor	0,6417	1.390
GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0,7810	1.390
GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0,6806	1.390
HD01	Spitalul Judetean Deva	1,2360	1.476
HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1,1976	1.478
HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1,1185	1.390
HD05	Spitalul Municipal Lupeni	0,8437	1.424
HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0,8622	1.540
HD07	Spitalul Municipal Brad	1,0016	1.390
HD08	Spitalul Municipal Orastie	0,8552	1.390
HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0,8857	1.390
HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1,0683	1.390
HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	0,9399	1.390
HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0,8143	1.390
HR04	Spitalul Municipal Toplita	0,9290	1.390
IF01	Spitalul Orasenesc "Dr. Maria Burghele" Buftea	0,5461	1.390
IF06	Spitalul Judetean "Sfintii împarati Constantin si Elena" Ilfov	0,7743	1.390
IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	1,0600	1.390
IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0,7862	1.390
IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0,6397	1.390
IL04	Spitalul Orasenesc Tandarei	0,5652	1.390
IS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	1,3327	1.390
IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	1,0782	1.474
IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2,2494	1.568
IS04	Spitalul Clinic "Dr. Cl. Parhon" Iasi	1,2855	2.001
IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	0,9969	1.390
IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0,6328	1.390
IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1,0592	1.390
IS10	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Iasi	1,3861	1.390
IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1,7574	1.390

IS13	Spitalul Orasenesc Hârlau	0,6613	1.390
IS14	Spitalul Municipal Pascani	0,8369	1.390
IS15	Spitalul Orasenesc Târgu Frumos	0,7959	1.390
IS22	Institutul de Gastroenterologie si Hepatologie Iasi	1,2971	1.589
MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	0,9045	1.390
MH02	Spitalul Municipal Orsova	0,7126	1.390
MH03	Spitalul Orasenesc Strehaia	0,7497	1.390
MH04	Spitalul Orasenesc Vânju Mare	0,5747	1.390
MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0,6290	1.390
MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1,1944	1.390
MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1,1314	1.390
MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0,9328	1.390
MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0,9357	1.390
MM08	Spitalul Orasenesc Târgu Lapus	0,8319	1.390
MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0,9450	1.390
MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Târgu Mures	1,9248	1.390
MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1,3209	1.390
MS03	Institutul de Boli Cardiovasculare si Transplant Târgu Mures	2,3013	1.568
MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1,1228	1.390
MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0,9404	1.390
MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0,9327	1.390
MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Târnaveni	1,2118	1.390
NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1,1284	1.390
NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	0,9558	1.390
NT03	Spitalul Orasenesc Bicaz	0,6258	1.474
NT04	Spitalul Orasenesc Târgu-Neamt	0,8250	1.390
OT01	Spitalul Judetean Slatina	1,0828	1.390
OT02	Spitalul Orasenesc Bals	0,8686	1.390
OT03	Spitalul Municipal Caracal	0,8542	1.390
OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0,8367	1.390
PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	0,9711	1.390
PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0,7344	1.390
PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0,8588	1.390
PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0,8036	1.390
PH07	Spitalul Municipal Câmpina	0,8910	1.390
PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0,6688	1.390
PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0,7010	1.390
PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0,6687	1.390
PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	1,0815	1.390
PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	0,8910	1.503
PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0,7147	1.549
SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1,2699	1.390
SB04	Spitalul Municipal Medias	0,9652	1.390
SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0,6578	1.390
SB06	Spitalul Orasenesc Cisnadie	0,8684	1.390
SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1,3966	1.390
SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1,2560	1.390
SJ02	Spitalul Orasenesc Simleu Silvaniei	0,7553	1.390
SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0,7284	1.390
SJ04	Spitalul Orasenesc Cehu Silvaniei	0,6000	1.390
SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	1,0167	1.390
SM04	Spitalul Municipal Carei	0,8251	1.390
SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0,6832	1.390
SM06	Spitalul Orasenesc Tasnad	0,7089	1.390
SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1,1473	1.390
SV02	Spitalul Municipal Câmpulung Moldovenesc	0,8169	1.390
SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0,6849	1.390
SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0,6568	1.390
SV05	Spitalul Municipal Radauti	0,8621	1.390
SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0,6106	1.390
SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0,6987	1.390

T01	Spitalul General CF2 Bucuresti	0,7626	1.456
T02	Spitalul Universitar CF Witing	0,6865	1.525
T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0,9776	1.390
T04	Spitalul Universitar CF Craiova	0,8427	1.615
T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0,8260	1.455
T06	Spitalul Universitar CF. Iasi	0,8398	1.390
T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0,7992	1.550
T08	Spitalul General CF Oradea	0,8553	1.390
T09	Spitalul General CF Brasov	0,8707	1.390
T10	Spitalul CF Galati	0,8687	1.390
T11	Spitalul General CF Ploiesti	0,7246	1.390
T12	Spital General CF Sibiu	0,8710	1.390
T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0,8293	1.390
T14	Spitalul General CF Pascani	0,6204	1.390
T15	Spitalul General CF Simeria	0,7092	1.390
TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0,7290	1.390
TL02	Spitalul Orasenesc Babadag	0,7327	1.390
TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0,7195	1.390
TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1,3616	1.390
TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1,1487	1.500
TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1,4817	1.390
TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1,1580	1.718
TM05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. D. Popescu" Timisoara	0,7291	1.390
TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1,6759	1.568
TM07	Spitalul Municipal Lugoj	0,9705	1.390
TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0,5171	1.390
TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0,8867	1.390
TM11	Spitalul Orasenesc Sânnicolau Mare	0,8035	1.390
TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0,6574	1.390
TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0,8950	1.390
TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0,6481	1.390
TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0,7422	1.390
TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0,6122	1.390
VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Râmnicu Vâlcea	0,9614	1.390
VL02	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Râmnicu Vâlcea	0,8284	1.390
VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0,7359	1.390
VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0,6543	1.390
VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0,6876	1.390
VL10	Spitalul Orasenesc Balcesti	0,5879	1.390
VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	0,9464	1.390
VN02	Spitalul Municipal Adjud	0,7843	1.390
VN03	Spitalul Orasenesc Odobesti	0,7040	1.390
VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0,6775	1.390
VN05	Spitalul Orasenesc Marasesti	0,6645	1.390
VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	0,9615	1.390
VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Bârlad	1,1063	1.390
VS03	Spitalul de Copii "Sf. Nicolae" Bârlad	1,0458	1.390
VS04	Spitalul Municipal Husi	1,0047	1.390
VS05	Spitalul Orasenesc Negresti	0,5993	1.390

ICM 2009= ICM realizat pe baza cazurilor validate in perioada 01.01.-31.12.2009

Pentru Institutul Clinic Fundeni, Institutul Clinic de Boli Digestive si Transplant Hepatic Fundeni precum si Institutul Clinic de Uronefrologie si Transplant Renal Fundeni, ICM 2009 a fost considerat ICM realizat cumulat de sectiile componente ale fiecaruia dintre cele 3 institute, in perioada 01.01-31.12.2009.

Pentru spitalele din reteaua Ministerului Transporturilor ICM este cel realizat in perioada 01.04-31.12.2009, in care au fost finantate ca tarif pe caz ponderat

Principii utilizate la calcularea TCP propuse pentru anul 2010

- Utilizarea ca punct de pornire în calcularea TCP pentru anul 2010 a TCP_{2009} din Normele Contractului-Cadru din anul 2009 ale fiecărui spital.
- Pentru realizarea obiectivului de egalizare a tarifelor pe caz ponderat în anul 2010 s-a optat pentru compararea TCP al fiecărui spital cu TCP naţional şi folosirea principiului intervalului de risc utilizat şi în anii anteriori.
- În vederea utilizării unui tarif unic naţional, s-a decis ca toate spitalele cu un tarif mai mic decât cel naţional să beneficieze de o creştere şi egalizare a TCP la nivelul TCP mediu naţional.
- Pentru a face sustenabilă utilizarea unui TCP naţional cu funcţionarea spitalelor care au avut istoric un TCP mai mare, s-a decis ca aceste spitale să nu aibă scăderi de tarife până la nivelul TCP naţional, ci să beneficieze de aplicarea intervalului de risc prin care să aibă o reducere de maxim 5% a TCP.

ANEXA 17 b)

LISTA
grupelor de diagnostice, categoriilor majore de diagnostic, valorilor relative şi durata medie de spitalizare

Anexa 17 b. Lista categoriilor majore de diagnostic

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	
0		Pre-MDC
1	MDC 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	MDC 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	MDC 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gatlejului
4	MDC 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	MDC 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	MDC 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	MDC 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	MDC 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	MDC 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	MDC 10	Boli si tulburari endocrine, de nutritie si metabolism
11	MDC 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	MDC 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	MDC 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	MDC 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	MDC 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	MDC 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	MDC 17	Tulburari neoplazice (hematologice si tumori solide)
18	MDC 18	Boli infectioase si parazitare
19	MDC 19	Boli si tulburari mentale
20	MDC 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	MDC 21	Leziuni, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	MDC 22	Arsuri
23	MDC 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		NECLASIFICABIL

Anexa 17 b II. Lista grupelor de diagnostice, valorilor relative si a limitelor duratelor de spitalizare

Nr. Crt	Categoria majoră de diag-nostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirur-gicala sau Altele (M/S/O)	Grupa de diag-nostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Limita infe-rioară a DS	Limita supe-rioară a DS
1	24	S	901Z	Proceduri in sala de operatii extinse nelegate de diagnosticul principal	2.7534			
2	24	S	902Z	Proceduri in sala de operatii care nu sunt extinse nelegate de diagnosticul principal	1.4365			
3	24	S	903Z	Proceduri in sala de operatii ale prostatei nelegate de diagnosticul principal	3.4464	-	-	-
4	24	M	960Z	Negrupabile	0.649	-	-	-
5	24	M	961Z	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-	-
6	24	M	963Z	Diagnostice neonatale neconcordante cu vartsa/greutatea	2.3438	-	-	-
7	0	S	A01Z	Transplant de ficat	0	-	-	-
8	0	S	A03Z	Transplant de plaman/inima sau palman	0	-	-	-
9	0	S	A05Z	Transplant de inima	0	-	-	-
10	0	S	A06Z	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14.233	16.88	2	71
11	0	S	A07Z	Transplant alogenic de maduva osoasa	0	-	-	-
12	0	S	A08A	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofal	0	-	-	-
13	0	S	A08B	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofal	0	-	-	-
14	0	S	A09A	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofal	0	-	-	-
15	0	S	A09B	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofal	0	-	-	-
16	0	O	A40Z	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.58	12.95	2	53
17	0	O	A41A	Intubatie varsta<16 cu CC	4.1332	6.58	1	23
18	0	O	A41B	Intubatie varsta<16 fara CC	1.6508	4.43	1	14
19	1	S	B01Z	Revizia shuntului ventricular	1.7579	9.4	2	29
20	1	S	B02A	Craniotomie cu CC catastrofal	5.8344	15.13	2	66
21	1	S	B02B	Craniotomie cu CC sever sau moderat	3.4275	13.24	2	48
22	1	S	B02C	Craniotomie fara CC	2.5833	12.04	2	40
23	1	S	B03A	Proceduri spinale cu CC catastrofal sau sever	4.2466	11.12	3	29
24	1	S	B03B	Proceduri coloana vertebrala fara CC catastrofal sau sever	2.0414	7.43	2	19
25	1	S	B04A	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofal sau sever	2.2682	9.75	2	29
26	1	S	B04B	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofal sau sever	1.4176	7.8	2	25
27	1	S	B05Z	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	3.64	1	11
28	1	S	B06A	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofal sau sever	4.3915	9.31	1	45

29	1	S	B06B	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofal sau sever	0.7561	6.58	1	24
30	1	S	B07A	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	5.64	1	21
31	1	S	B07B	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.712	5.27	1	19
32	1	O	B40Z	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	7.19	1	25
33	1	O	B41Z	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	-	-	-
34	1	M	B60A	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal	5.0342	10.7	1	45
35	1	M	B60B	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal	1.5122	8.19	1	30
36	1	M	B61A	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	4.8704	9.14	1	33
37	1	M	B61B	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	1.2601	7.68	1	27
38	1	M	B62Z	Admitere pentru afereza	0.1827	-	-	-
39	1	M	B63Z	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	9.44	2	33
40	1	M	B64A	Delir cu CC catastrofal	1.7579	12.01	2	38
41	1	M	B64B	Delir fara CC catastrofal	0.8884	10.18	2	30
42	1	M	B65Z	Paralizie cerebrala	0.3339	6.73	2	19
43	1	M	B66A	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	1.6445	6.57	1	28
44	1	M	B66B	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofal sau sever	0.7624	4.46	0	18
45	1	M	B67A	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	2.1233	8.93	2	28
46	1	M	B67B	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofal sau sever	0.8821	7.34	2	23
47	1	M	B67C	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	0.4032	6.14	1	23
48	1	M	B68A	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	7.25	2	21
49	1	M	B68B	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	6.68	1	20
50	1	M	B69A	Analiza imunochimica in strat subtire si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau sever	0.9766	7.51	2	20
51	1	M	B69B	Analiza imunochimica in strat subtire si ocluzie precerebrala fara CC catastrofal sau sever	0.4284	6.77	2	18
52	1	M	B70A	Accident vascular cerebral cu CC catastrofal	2.9991	11.29	2	36
53	1	M	B70B	Accident vascular cerebral cu CC sever	1.6319	9.59	2	28
54	1	M	B70C	Accident vascular cerebral fara CC catastrofal sau severe	1.0585	8.36	2	27
55	1	M	B70D	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.73	1	5
56	1	M	B71A	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1.2223	6.85	2	18
57	1	M	B71B	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0.252	6.41	1	21
58	1	M	B72A	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofal sau sever	2.7786	11.14	2	42
59	1	M	B72B	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofal sau sever	1.1467	7.49	1	31
60	1	M	B73Z	Menigita virala	0.6175	8.83	2	33
61	1	M	B74Z	Stupoare si coma non-traumatica	0.5482	4.72	1	19

62	1	M	B75Z	Convulsii febrile	0.2835	4.5	1	13
63	1	M	B76A	Atacuri cu CC catastrofal sau sever	1.1089	6.11	1	19
64	1	M	B76B	Atacuri fara CC catastrofal sau sever	0.3717	5.08	1	17
65	1	M	B77Z	Cefalee	0.2709	4.68	1	16
66	1	M	B78A	Leziune intracraniana cu CC catastrofal sau sever	1.9973	6.7	1	30
67	1	M	B78B	Leziune intracraniana fara CC catastrofal sau sever	0.8191	3.66	1	13
68	1	M	B79Z	Fracturi craniene	0.6616	4.63	1	17
69	1	M	B80Z	Alta leziune a capului	0.2394	3	1	9
70	1	M	B81A	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	1.5059	6.39	1	20
71	1	M	B81B	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofal sau sever	0.5545	5.95	1	22
72	2	S	C01Z	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.59	1	16
73	2	S	C02Z	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1.1278	5.87	1	18
74	2	S	C03Z	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.53	1	7
75	2	S	C04Z	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.8884	7.13	2	21
76	2	S	C05Z	Dacriocistorinostomie	0.6112	4.24	1	11
77	2	S	C10Z	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.78	1	6
78	2	S	C11Z	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.69	1	11
79	2	S	C12Z	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.4158	4.06	1	12
80	2	S	C13Z	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	4.52	1	13
81	2	S	C14Z	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.315	3.3	1	10
82	2	S	C15A	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0.8191	4.48	1	12
83	2	S	C15B	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-
84	2	S	C16A	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	3.35	1	8
85	2	S	C16B	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-
86	2	M	C60A	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.1404	6.12	2	17
87	2	M	C60B	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofal sau sever	0.7057	4.37	1	13
88	2	M	C61Z	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0.4347	5.49	1	18
89	2	M	C62Z	Hifema si traume sub control medical la ochi	0.2898	4.59	1	14
90	2	M	C63A	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	5.08	1	15
91	2	M	C63B	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	4.46	1	14
92	3	S	D01Z	Implant cohlear	4.6436	-	-	-
93	3	S	D02A	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofal sau sever	4.2655	9.7	2	34
94	3	S	D02B	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderat	1.8335	9.52	1	33
95	3	S	D02C	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1.1152	7.84	1	29
96	3	S	D03Z	Reparatie chirugicala a fisurii buzei sau diagnostic privind cerul gurii	1.1026	8.76	2	27
97	3	S	D04A	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1.6193	5.63	1	17
98	3	S	D04B	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0.9325	5.57	1	18
99	3	S	D05Z	Proceduri la nivelul glandei tiroide	1.4239	8.53	3	20
100	3	S	D06Z	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0.8947	7.38	2	20

101	3	S	D09Z	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gatlejului	0.5671	5.53	1	15
102	3	S	D10Z	Proceduri nasale	0.5293	5.49	2	14
103	3	S	D11Z	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0.4284	2.93	1	9
104	3	S	D12Z	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gatlejului	0.6427	4.45	1	13
105	3	S	D13Z	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	3.79	1	12
106	3	S	D14Z	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0.4978	4.39	1	13
107	3	O	D40Z	Extractii dentare si restaurare	0.3402	3.43	1	9
108	3	M	D60A	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatlejului cu CC catastrofal sau sever	1.8146	7.96	1	29
109	3	M	D60B	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatlejului fara CC catastrofal sau sever	0.5608	6.89	1	24
110	3	M	D61Z	Dezechilibru	0.3213	6.09	2	17
111	3	M	D62Z	Epistaxis	0.2961	4.74	1	13
112	3	M	D63A	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	5.22	2	13
113	3	M	D63B	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	4.85	1	13
114	3	M	D64Z	Laringotraheita si epiglotita	0.2394	5	2	13
115	3	M	D65Z	Traumatism si diformitate nasale	0.2583	4.11	1	12
116	3	M	D66A	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatlejul cu CC	0.649	5.57	1	15
117	3	M	D66B	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatlejul fara CC	0.2457	5.15	1	16
118	3	M	D67A	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0.5293	4.92	1	15
119	3	M	D67B	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0.1449	0	1	1
120	4	S	E01A	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofal	4.1017	14.79	2	60
121	4	S	E01B	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofal	2.1989	10.49	1	43
122	4	S	E02A	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofal	3.6859	8.21	1	29
123	4	S	E02B	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC sever	1.5311	8.02	1	26
124	4	S	E02C	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.14	1	12
125	4	O	E40Z	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	9.16	1	42
126	4	O	E41Z	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	7.26	1	37
127	4	M	E60A	Fibroza cistica cu CC catastrofal sau sever	2.6652	9.72	1	37
128	4	M	E60B	Fibroza cistica fara CC catastrofal sau sever	2.0036	6.1	1	21
129	4	M	E61A	Embolism pulmonar cu CC catastrofal sau sever	1.5374	8.73	1	36
130	4	M	E61B	Embolism pulmonar fara CC catastrofal sau sever	0.7876	8.69	2	31
131	4	M	E62A	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofal	1.6697	8.23	2	23
132	4	M	E62B	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC sever sau moderat	0.9703	7.25	2	19
133	4	M	E62C	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	6.54	2	18
134	4	M	E63Z	Apnee de somn	0.2835	4.52	1	15
135	4	M	E64Z	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.8758	6.46	2	18
136	4	M	E65A	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofal sau sever	1.1467	8.07	3	20
137	4	M	E65B	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofal sau sever	0.6805	7.37	2	18
138	4	M	E66A	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1.4302	6.56	2	19
139	4	M	E66B	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0.7435	5.92	1	17

140	4	M	E66C	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0.4032	4.78	1	14
141	4	M	E67A	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofal sau sever	0.6679	6.31	1	23
142	4	M	E67B	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofal sau sever	0.3087	4.59	1	15
143	4	M	E68Z	Pneumotorax	0.7309	7.71	1	26
144	4	M	E69A	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0.7624	7.39	2	18
145	4	M	E69B	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0.5041	5.71	2	15
146	4	M	E69C	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0.3339	4.8	1	13
147	4	M	E70A	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta cu CC	1.0396	6.28	2	15
148	4	M	E70B	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta fara CC	0.5608	5.28	2	14
149	4	M	E71A	Tumori respiratorii cu CC catastrofal	1.6508	6.4	1	24
150	4	M	E71B	Tumori respiratorii cu CC sever sau moderat	0.8758	5.45	1	20
151	4	M	E71C	Tumori respiratorii fara CC	0.4725	4.45	1	16
152	4	M	E72Z	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0.9829	3.7	1	12
153	4	M	E73A	Revarsare pleurala cu CC catastrofal	1.6634	9.76	2	35
154	4	M	E73B	Revarsare pleurala cu CC sever	1.0396	9.07	2	32
155	4	M	E73C	Revarsare pleurala fara CC catastrofal sau sever	0.6049	7.77	1	30
156	4	M	E74A	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofal	1.676	6.78	2	15
157	4	M	E74B	Boala interstitiala pulmonara cu CC sever	1.153	6.25	2	14
158	4	M	E74C	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofal sau sever	0.6616	5.83	2	13
159	4	M	E75A	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0.9388	6.33	1	26
160	4	M	E75B	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0.6364	5.79	1	19
161	4	M	E75C	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0.3843	4.55	1	14
162	5	S	F01A	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofal sau sever	7.3276	10.43	2	32
163	5	S	F01B	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofal sau sever	6.3195	-	-	-
164	5	S	F02Z	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	-	-	-
165	5	S	F03Z	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	21.44	8	46
166	5	S	F04A	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal	6.1557	17.34	6	39
167	5	S	F04B	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal	4.3663	15.1	6	33
168	5	S	F05A	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofal	6.5779	19.53	7	45
169	5	S	F05B	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofal	4.9397	16.29	7	32
170	5	S	F06A	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofal sau sever	4.0513	14.73	6	31
171	5	S	F06B	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofal sau sever	3.0999	14.47	6	31
172	5	S	F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofal	7.523	15.52	3	51
173	5	S	F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofal	4.5365	17.53	3	62
174	5	S	F08A	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofal	5.2232	10.17	0	67

175	5	S	F08B	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofal	2.5266	8.49	0	52
176	5	S	F09A	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofal	4.1143	10.68	2	42
177	5	S	F09B	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofal	2.6715	8.79	1	34
178	5	S	F10Z	Interventie coronara percutanata cu AMI	1.8461	6.79	2	20
179	5	S	F11A	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofal	5.9037	18.35	3	63
180	5	S	F11B	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofal	2.9487	17.76	4	51
181	5	S	F12Z	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.89	2	19
182	5	S	F13Z	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	14.21	3	47
183	5	S	F14A	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofal	3.1881	7.68	1	31
184	5	S	F14B	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC sever	1.342	6.52	1	23
185	5	S	F14C	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofal sau sever	0.9388	5.6	1	22
186	5	S	F15Z	Interventie coronara percutanata fara AMI cu implantare de stent	1.2853	5.6	1	17
187	5	S	F16Z	Interventie coronara percutanata fara AMI fara implantare de stent	1.2538	5.89	1	18
188	5	S	F17Z	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	6.82	1	21
189	5	S	F18Z	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.216	6.44	1	20
190	5	S	F19Z	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	-	-	-
191	5	S	F20Z	Ligatura venelor si stripping	0.6616	6.35	1	19
192	5	S	F21A	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofal	3.2385	8.66	1	32
193	5	S	F21B	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofal	1.2601	8.76	1	32
194	5	O	F40Z	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	6.48	1	29
195	5	O	F41A	Tulburari circulatorii cu AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal sau sever	1.7327	7.68	1	27
196	5	O	F41B	Tulburari circulatorii cu AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal sau sever	1.0648	6.78	1	24
197	5	O	F42A	Tulburari circulatorii fara AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	5.65	1	17
198	5	O	F42B	Tulburari circulatorii fara AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	4.55	1	15
199	5	M	F60A	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal sau sever	1.3609	9.28	2	28
200	5	M	F60B	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal sau sever	0.6553	8.2	2	29
201	5	M	F60C	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	3.67	0	15
202	5	M	F61Z	Endocardita infectioasa	2.7471	16.11	1	78
203	5	M	F62A	Insuficienta functionala a inimii si soc cardiac cu CC catastrofal	1.6886	7.74	2	21
204	5	M	F62B	Insuficienta functionala a inimii si soc cardiac fara CC catastrofal	0.7561	6.63	2	17
205	5	M	F63A	Tromboza venoasa cu CC catastrofal sau sever	1.2538	8.61	3	22

206	5	M	F63B	Tromboza venoasa fara CC catastrofal sau sever	0.5734	7.63	2	20
207	5	M	F64Z	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	9.15	3	22
208	5	M	F65A	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofal sau sever	1.2853	7.52	1	25
209	5	M	F65B	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofal sau sever	0.4284	7.28	1	24
210	5	M	F66A	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	6.44	2	18
211	5	M	F66B	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	5.67	1	16
212	5	M	F67A	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.42	2	17
213	5	M	F67B	Hipertensiune fara CC	0.3528	5.75	2	16
214	5	M	F68Z	Boala congenitala de inima	0.378	5.36	1	18
215	5	M	F69A	Tulburari valvulare cu CC catastrofal sau sever	1.2034	6.21	1	18
216	5	M	F69B	Tulburari valvulare fara CC catastrofal sau sever	0.252	4.75	1	14
217	5	M	F70A	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofal sau sever	0.9829	5.16	0	24
218	5	M	F70B	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofal sau sever	0.4473	5.17	1	21
219	5	M	F71A	Aritmie nemajora si tulburari de conducere cu CC catastrofal sau sever	0.9514	6.75	2	20
220	5	M	F71B	Aritmie nemajora si tulburari de conducere fara CC catastrofal sau sever	0.3654	5.05	1	16
221	5	M	F72A	Angina instabila cu CC catastrofal sau sever	0.8317	6.53	2	18
222	5	M	F72B	Angina instabila fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.63	1	16
223	5	M	F73A	Sincopa si colaps cu CC catastrofal sau sever	0.7876	5.46	1	17
224	5	M	F73B	Sincopa si colaps fara CC catastrofal sau sever	0.2961	4.21	1	13
225	5	M	F74Z	Durere toracica	0.2646	3.89	1	12
226	5	M	F75A	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofal	2.0414	8.11	2	23
227	5	M	F75B	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC sever	0.9892	7.25	2	21
228	5	M	F75C	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofal sau sever	0.523	5.84	1	19
229	6	S	G01A	Rezectie rectala cu CC catastrofal	4.694	18.42	5	53
230	6	S	G01B	Rezectie rectala fara CC catastrofal	2.6841	17.26	6	40
231	6	S	G02A	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofal	4.4356	16.39	3	57
232	6	S	G02B	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofal	2.1359	13.33	3	38
233	6	S	G03A	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5.0909	16.57	4	49
234	6	S	G03B	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare malignam cu CC catastrofal sau sever	3.8182	9.29	2	29
235	6	S	G03C	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofal sau sever	1.3672	8.02	2	25
236	6	S	G04A	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2.892	11.31	3	31
237	6	S	G04B	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1.7579	8.35	2	21
238	6	S	G04C	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1.0459	6.35	2	14
239	6	S	G05A	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1.9532	7.87	1	25
240	6	S	G05B	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros fara CC	1.0963	6.24	1	18
241	6	S	G06Z	Procedura piloromiotomie	1.0648	9.24	4	19
242	6	S	G07A	Apendicectomie cu CC catastrofal sau sever	1.6886	6.18	2	15

243	6	S	G07B	Apendicectomie fara CC catastrofal sau sever	0.8443	5.04	2	11
244	6	S	G08A	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.0018	8.99	3	24
245	6	S	G08B	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofal sau sever	0.5923	7.3	2	20
246	6	S	G09Z	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0.5797	6.42	2	17
247	6	S	G10Z	Proceduri pentru hernie varsta <1	0.5293	4.2	1	10
248	6	S	G11A	Proceduri anale si stomale cu CC catastrofal sau sever	1.2097	6.88	1	21
249	6	S	G11B	Proceduri anale si stomale fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.59	1	17
250	6	S	G12A	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofal sau sever	2.8479	10.78	1	45
251	6	S	G12B	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofal sau sever	0.8317	8.61	1	33
252	6	O	G42A	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.12	1	18
253	6	O	G42B	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-
254	6	O	G43Z	Colonoscopie complexa	0.4032	5.07	1	16
255	6	O	G44A	Alte colonoscopii cu CC catastrofal sau sever	1.5437	5.06	1	15
256	6	O	G44B	Alte colonoscopii fara CC catastrofal sau sever	0.6364	4.01	1	12
257	6	O	G44C	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-	-
258	6	O	G45A	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.94	1	15
259	6	O	G45B	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-
260	6	O	G46A	Gastroscopie complexa cu CC catastrofal sau sever	1.8335	6.55	1	19
261	6	O	G46B	Gastroscopie complexa fara CC catastrofal sau sever	0.838	4.96	1	15
262	6	O	G46C	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	-	-	-
263	6	M	G60A	Stare maligna digestiva cu CC catastrofal sau sever	0.9766	5.76	1	20
264	6	M	G60B	Stare maligna digestiva fara CC catastrofal sau sever	0.5041	4.51	1	14
265	6	M	G61A	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.4978	6.74	1	23
266	6	M	G61B	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofal sau sever	0.2583	5.38	1	17
267	6	M	G62Z	Ulcer peptic complicat	0.9199	5.83	1	17
268	6	M	G63Z	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.86	2	16
269	6	M	G64Z	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	5.59	1	18
270	6	M	G65A	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	5.3	1	18
271	6	M	G65B	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	4.25	1	13
272	6	M	G66A	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	4.57	1	13
273	6	M	G66B	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	3.52	1	10
274	6	M	G67A	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofal/sever	0.8065	5.4	1	15
275	6	M	G67B	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC cat/sev	0.2709	4.6	1	13
276	6	M	G68A	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0.7498	4.78	1	12

277	6	M	G68B	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0.3402	4.26	1	11
278	6	M	G69Z	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0.3717	3.74	1	10
279	6	M	G70A	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	5.36	1	17
280	6	M	G70B	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	4.38	1	14
281	7	S	H01A	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofal	5.5572	18.52	3	62
282	7	S	H01B	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofal	2.4825	15.3	3	46
283	7	S	H02A	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofal	4.234	15.98	4	43
284	7	S	H02B	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderat sau sever)	2.3753	15.99	5	42
285	7	S	H02C	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	13.66	3	41
286	7	S	H05A	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofal sau sever	2.432	8.63	2	25
287	7	S	H05B	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofal sau sever	1.0648	6.54	2	16
288	7	S	H06Z	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2.4825	8.51	2	27
289	7	S	H07A	Colecistectomie deschisa cu CDE inchis sau cu CC catastrofal	3.478	13.75	4	36
290	7	S	H07B	Colecistectomie deschisa fara CDE inchis fara CC catastrofal	1.5563	10.84	4	24
291	7	S	H08A	Colecistectomie laparoscopica cu CDE inchis sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.7075	6.6	2	18
292	7	S	H08B	Colecistectomie laparoscopica fara CDE inchis fara CC catastrofal sau sever	0.8443	5.58	2	13
293	7	O	H40Z	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	6.73	1	24
294	7	O	H41A	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofal sau sever	2.0099	9.02	1	32
295	7	O	H41B	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofal sau sever	0.838	5.87	1	18
296	7	O	H42A	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofal sau sever	1.8083	7.68	1	26
297	7	O	H42B	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderat	1.0144	6.13	1	22
298	7	O	H42C	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.586	5.34	1	18
299	7	M	H60A	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofal	1.9406	7.86	2	26
300	7	M	H60B	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC sever	0.9136	6.95	1	22
301	7	M	H60C	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofal sau sever	0.4347	6.65	2	20
302	7	M	H61A	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofal sau sever) sau cu CC catastrofal	1.3987	6.46	1	24
303	7	M	H61B	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (vge >69 fara CC catastrofal sau sever) sau fara CC catastrofal	0.6301	5.19	1	19
304	7	M	H62A	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofal sau sever	1.4428	7.02	2	21
305	7	M	H62B	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofal sau sever	0.5797	6.1	1	19
306	7	M	H63A	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.6	1	21
307	7	M	H63B	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	5.77	1	19
308	7	M	H64A	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.98	1	18

309	7	M	H64B	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	4.94	1	15
310	8	S	I01Z	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	15.5	5	38
311	8	S	I02A	Transfer de tesut micorvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofal sau sever), cu exceptia mainii	6.9181	13.47	1	61
312	8	S	I02B	Grefe pe piele fara CC catastrofal sau sever, cu exceptia mainii	2.7534	11.59	1	55
313	8	S	I03A	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofal sau sever	6.1935	19.83	6	51
314	8	S	I03B	Inlocuire sold cu CC catastrofal sau sever sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofal sau sever	3.3834	16.61	6	37
315	8	S	I03C	Inlocuire sold fara CC catastrofal sau sever	2.7597	13.83	6	28
316	8	S	I04Z	Inlocuire si reatasare de genunchi	2.892	13.7	4	39
317	8	S	I05Z	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2.6652	-	-	-
318	8	S	I06Z	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	13.9	3	43
319	8	S	I07Z	Amputatie	4.8767	19.28	3	66
320	8	S	I08A	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofal sau sever	3.1188	15.11	5	35
321	8	S	I08B	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofal sau sever	1.928	12.74	4	32
322	8	S	I09A	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofal sau sever	5.6517	10.54	2	34
323	8	S	I09B	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofal sau sever	3.0432	8.41	1	40
324	8	S	I10A	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofal sau sever	2.6967	9.78	2	29
325	8	S	I10B	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofal sau sever	1.3546	7.91	2	24
326	8	S	I11Z	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	11.84	1	60
327	8	S	I12A	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofal	4.9334	12.89	2	49
328	8	S	I12B	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC sever	2.6274	10.33	1	41
329	8	S	I12C	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofal sau sever	1.3546	9.99	1	42
330	8	S	I13A	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofal sau sever	2.9298	11.78	2	37
331	8	S	I13B	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofal sau sever	1.6004	10.82	2	33
332	8	S	I13C	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	1.2034	9	2	28
333	8	S	I14Z	Revizie a bontului de amputatie	1.487	9.91	1	43
334	8	S	I15Z	Chirurgie cranio-faciala	1.9343	-	-	-
335	8	S	I16Z	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	5.13	1	20
336	8	S	I17Z	Chirurgie maxilo-faciala	1.4113	8.81	1	35
337	8	S	I18Z	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.71	1	16
338	8	S	I19Z	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0.9829	6.33	1	21
339	8	S	I20Z	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	7.19	1	26
340	8	S	I21Z	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0.8506	6.44	1	23
341	8	S	I23Z	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0.4221	4.18	1	14
342	8	S	I24Z	Artroscopie	0.4536	2.77	1	8

343	8	S	I25Z	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1.8146	6.43	1	22
344	8	S	I27A	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofal sau sever	2.1422	8.16	1	33
345	8	S	I27B	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofal sau sever	0.6868	5.62	1	20
346	8	S	I28A	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.88	1	26
347	8	S	I28B	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	5.25	1	18
348	8	S	I29Z	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.46	1	13
349	8	S	I30Z	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	4.58	1	15
350	8	M	I60Z	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	5.7	1	22
351	8	M	I61Z	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	5.86	1	22
352	8	M	I63Z	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0.5356	6.18	1	22
353	8	M	I64A	Osteomielita cu CC	2.0162	9.78	1	39
354	8	M	I64B	Osteomielita fara CC	0.712	7.5	1	30
355	8	M	I65A	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofal sau sever	1.3609	6.78	1	26
356	8	M	I65B	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofal sau sever	0.5671	5.04	1	19
357	8	M	I66A	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofal sau sever	2.2178	6.5	1	19
358	8	M	I66B	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.41	1	16
359	8	M	I67A	Artrita septica cu CC catastrofal sau sever	2.3564	8.33	2	24
360	8	M	I67B	Artrita septica fara CC catastrofal sau sever	0.7939	6.45	1	22
361	8	M	I68A	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.78	2	18
362	8	M	I68B	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	5.75	1	20
363	8	M	I68C	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.189	0	1	1
364	8	M	I69A	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofal sau sever	1.5626	7.24	2	21
365	8	M	I69B	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.5923	6.47	2	19
366	8	M	I69C	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofal sau sever	0.2898	5.31	1	16
367	8	M	I70Z	Artropatii nespecifice	0.5482	6.47	2	19
368	8	M	I71A	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0.8695	7.84	2	21
369	8	M	I71B	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0.4032	6	1	18
370	8	M	I71C	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0.2646	5.08	1	17
371	8	M	I72A	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.2034	7.58	2	21
372	8	M	I72B	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofal sau sever	0.3339	5.67	1	18
373	8	M	I73A	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofal sau sever	1.7768	9.93	1	41
374	8	M	I73B	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.6427	7.17	1	29
375	8	M	I73C	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	0.3465	4.73	1	18
376	8	M	I74A	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1.1026	4.44	1	13

377	8	M	I74B	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0.4284	3.56	1	10
378	8	M	I74C	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0.2835	3.05	1	8
379	8	M	I75A	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1.3861	4.81	1	16
380	8	M	I75B	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0.586	4.21	1	13
381	8	M	I75C	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0.2961	3.6	1	11
382	8	M	I76A	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1.1467	7.92	1	31
383	8	M	I76B	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0.4788	6.09	1	22
384	8	M	I76C	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0.2583	4.35	1	15
385	8	M	I77A	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofal sau sever	2.0477	8.48	1	31
386	8	M	I77B	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofal sau sever	0.9262	6.61	1	23
387	8	M	I78A	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofal sau sever	1.2979	7.28	1	29
388	8	M	I78B	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofal sau sever	0.4284	5.56	1	21
389	9	S	J01Z	Transfer de tesut microvasular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4.8137	13.61	2	44
390	9	S	J06A	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	10.71	3	31
391	9	S	J06B	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	5.81	1	19
392	9	S	J07A	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	4.8	1	18
393	9	S	J07B	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.378	4.61	1	14
394	9	S	J08A	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofal sau sever	2.0918	7.96	1	30
395	9	S	J08B	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.86	1	17
396	9	S	J09Z	Proceduri perianale si pilonidale	0.4978	4.7	1	14
397	9	S	J10Z	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului	0.4473	5.08	1	18
398	9	S	J11Z	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0.2709	4.41	1	15
399	9	S	J12A	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofal	4.7444	12.84	2	41
400	9	S	J12B	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofal cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	19.41	3	74
401	9	S	J12C	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofal fara grefa de piele/ lambou de reparare	1.7768	9.18	2	29
402	9	S	J13A	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofal sau sever)	2.4194	11.48	2	40
403	9	S	J13B	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofal sau sever)	0.8947	7.01	1	28
404	9	S	J14Z	Reaconstructii majore ale sanului	3.5347	-	-	-
405	9	M	J60A	Ulceratii ale pielii	1.4491	8.92	2	26
406	9	M	J60B	Ulceratie ale pielii, de zi	0.126	-	-	-
407	9	M	J62A	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.6742	5.76	1	22
408	9	M	J62B	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofal sau sever)	0.2394	4.1	1	14

409	9	M	J63Z	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	4.36	1	14
410	9	M	J64A	Celulita varsta >59 cu CC catastrofal sau sever	1.342	8.92	2	25
411	9	M	J64B	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofal sau sever) sau varsta <60	0.5608	6.24	1	19
412	9	M	J65A	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0.5545	5.27	1	16
413	9	M	J65B	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0.2709	3.7	1	12
414	9	M	J67A	Tulburari minore ale pielii	0.5923	4.85	1	14
415	9	M	J67B	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	0	1	1
416	9	M	J68A	Tulburari majore ale pielii	0.9199	6.23	1	19
417	9	M	J68B	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-
418	10	S	K01Z	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	10.84	2	37
419	10	S	K02Z	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	13.74	5	33
420	10	S	K03Z	Proceduri adrenale	2.6085	12.31	3	34
421	10	S	K04Z	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.53	2	13
422	10	S	K05Z	Proceduri paratiroide	1.2664	6.18	1	24
423	10	S	K06Z	Proceduri tiroida	1.1152	5.56	1	16
424	10	S	K07Z	Proceduri privind obezitatea	1.3357	7.92	1	36
425	10	S	K08Z	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	6.46	2	19
426	10	S	K09Z	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2.7849	4.92	1	16
427	10	O	K40Z	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC	0.3843	5.87	1	19
428	10	M	K60A	Diabet cu CC catastrofal sau sever	1.279	6.8	2	19
429	10	M	K60B	Diabet fara CC catastrofal sau sever	0.5734	5.9	1	18
430	10	M	K61Z	Perturbare nutritionala severa	2.306	5.82	1	18
431	10	M	K62A	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofal	1.5185	5.3	1	14
432	10	M	K62B	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC sever	0.7246	4.69	1	12
433	10	M	K62C	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofal sau sever	0.3843	4.18	1	12
434	10	M	K63Z	Erori innascute de metabolism	0.4158	4.79	1	16
435	10	M	K64A	Tulburari endocrine cu CC catastrofal sau sever	1.4239	5.3	1	14
436	10	M	K64B	Tulburari endocrine fara CC catastrofal sau sever	0.4851	4.78	1	12
437	11	S	L02A	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofal sau sever	4.0576	14.78	0	104
438	11	S	L02B	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofal sau sever	1.1971	-	-	-
439	11	S	L03A	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofal sau sever	4.1332	16.16	4	47
440	11	S	L03B	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofal sau sever	2.7345	13.77	4	38
441	11	S	L04A	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofal	3.6229	13.18	2	48
442	11	S	L04B	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC sever sau moderat	1.8461	9.92	2	35
443	11	S	L04C	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara	1.279	8.66	1	31

				CC				
444	11	S	L05A	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofal sau sever	2.2241	10.44	3	25
445	11	S	L05B	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofal sau sever	0.8821	9.17	3	24
446	11	S	L06A	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofal sau sever	1.9847	10.36	2	32
447	11	S	L06B	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofal sau sever	0.6364	8.04	1	27
448	11	S	L07A	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofal sau sever	1.279	7.7	2	22
449	11	S	L07B	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofal sau sever	0.523	6.55	2	19
450	11	S	L08A	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	6.51	1	20
451	11	S	L08B	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	5.8	1	18
452	11	S	L09A	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4.946	9.93	1	53
453	11	S	L09B	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC sever	2.1233	6.68	1	30
454	11	S	L09C	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	1.0459	4.59	1	16
455	11	O	L40Z	Ureteroscopie	0.6238	5.57	1	17
456	11	O	L41Z	Cistouretroscopie, de zi	0.2016	-	-	-
457	11	O	L42Z	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	4.89	1	14
458	11	M	L60A	Insuficienta renala cu CC catastrofal	2.2556	8.24	1	29
459	11	M	L60B	Insuficienta renala cu CC sever	1.216	6.98	1	23
460	11	M	L60C	Insuficienta renala fara CC catastrofal sau sever	0.6364	6.05	1	20
461	11	M	L61Z	Admitere pentru dializa renala	0.0945	-	-	-
462	11	M	L62A	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal sau sever	1.2601	6.32	1	24
463	11	M	L62B	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.57	1	16
464	11	M	L63A	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	1.6445	7.8	2	22
465	11	M	L63B	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC sever	0.7435	5.77	1	22
466	11	M	L63C	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofal sau sever	0.4284	5.64	1	15
467	11	M	L64Z	Pietre si obstructie urinara	0.3276	4.87	1	14
468	11	M	L65A	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal sau sever	0.9262	5.56	1	16
469	11	M	L65B	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.3339	4.73	1	14
470	11	M	L66Z	Strictura uretrala	0.3528	5.12	1	17
471	11	M	L67A	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	2.0603	7.08	1	23
472	11	M	L67B	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC sever	0.8947	4.12	0	17
473	11	M	L67C	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.3087	5.13	1	16
474	12	S	M01Z	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	16.5	6	36
475	12	S	M02A	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofal sau sever	1.6823	9.82	4	22
476	12	S	M02B	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofal sau sever	0.8695	8.45	3	20
477	12	S	M03A	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.32	1	13
478	12	S	M03B	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	4.11	1	13
479	12	S	M04A	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	7.14	2	22
480	12	S	M04B	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.441	4.88	1	14

481	12	S	M05Z	Circumcizie	0.3213	3.22	1	9
482	12	S	M06A	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	6.82	1	28
483	12	S	M06B	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	6.66	1	22
484	12	O	M40Z	Cistouretroscopie fara CC	0.189	4.77	1	14
485	12	M	M60A	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofal sau sever	1.0081	5.78	1	21
486	12	M	M60B	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofal sau sever	0.3465	4.27	1	15
487	12	M	M61A	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofal sau sever	1.0837	5.64	1	17
488	12	M	M61B	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofal sau sever	0.2835	4.73	1	15
489	12	M	M62A	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	5.65	1	17
490	12	M	M62B	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	4.62	1	14
491	12	M	M63Z	Sterilizare, barbati	0.2646	-	-	-
492	12	M	M64Z	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.252	4.17	1	13
493	13	S	N01Z	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3.3456	12.74	3	34
494	13	S	N02A	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	11.7	4	29
495	13	S	N02B	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	8.86	3	23
496	13	S	N03A	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	9.52	2	34
497	13	S	N03B	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	7.85	1	29
498	13	S	N04Z	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	9.73	4	20
499	13	S	N05A	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofal sau sever	1.9784	9.01	3	22
500	13	S	N05B	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofal sau sever	0.9955	7.8	3	19
501	13	S	N06Z	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	8.3	3	18
502	13	S	N07Z	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0.5104	4.05	1	12
503	13	S	N08Z	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.31	1	13
504	13	S	N09Z	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0.3087	4.06	1	13
505	13	S	N10Z	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0.2898	2.96	1	8
506	13	S	N11A	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	4.68	1	14
507	13	S	N11B	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0.3717	3.28	1	8
508	13	M	N60A	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofal sau sever	1.0963	7.03	1	28
509	13	M	N60B	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofal sau sever	0.5797	5.33	1	19
510	13	M	N61Z	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.49	1	12
511	13	M	N62A	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.5	1	12
512	13	M	N62B	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	3.54	1	10
513	14	S	O01A	Nastere prin cezariana cu CC catastrofal	2.3123	9.03	2	24

514	14	S	O01B	Nastere prin cezariana cu CC sever	1.5752	7.53	2	19
515	14	S	O01C	Nastere prin cezariana fara CC catastrofal sau sever	1.2223	6.48	2	16
516	14	S	O02A	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	1.2412	5.82	2	14
517	14	S	O02B	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.9388	5.26	2	12
518	14	S	O03Z	Sarcina ectopica	0.8128	6.34	2	16
519	14	S	O04Z	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.586	3.48	1	10
520	14	S	O05Z	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	2.85	1	7
521	14	M	O60A	Nastere vaginala cu CC catastrofal sau sever	1.027	6	1	16
522	14	M	O60B	Nastere vaginala fara CC catastrofal sau sever	0.7309	4.89	2	11
523	14	M	O60C	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	4.83	2	11
524	14	M	O61Z	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	5.77	1	18
525	14	M	O63Z	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	3.06	1	9
526	14	M	O64A	False travaliu inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofal	0.3276	4.11	1	12
527	14	M	O64B	False travaliu dupa 37 saptamani fara CC catastrofal	0.1449	3.74	1	11
528	14	M	O66A	Admitere prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.44	1	12
529	14	M	O66B	Admitere prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0	1	1
530	15	S	P01Z	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, cu proceduri in sala de operatii semnificative	0.7561	1.72	1	5
531	15	S	P02Z	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru neonatali	15.733	-	-	-
532	15	S	P03Z	Neonatal, greutate la admitere 1000-1499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	12.438	23.23	1	130
533	15	S	P04Z	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	9.9109	20.15	2	101
534	15	S	P05Z	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	6.414	13.78	2	53
535	15	S	P06A	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	10.163	25.6	3	97
536	15	S	P06B	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme multiple majore	3.27	5.31	2	12
537	15	M	P60A	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, fara procedura in sala de operatii semnificativa, nou-nascut	0.2709	1.58	1	5
538	15	M	P60B	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, fara procedura in sala de operatii semnificativa, nu nou nascut	0.4536	1.33	1	4
539	15	M	P61Z	Neonatal, greutate la admitere < 750 g	22.689	14.47	1	55
540	15	M	P62Z	Neonatal, greutate la admitere 750-999 g	15.758	22.9	1	125
541	15	M	P63Z	Neonatal, greutate la admitere 1000-1249 g fara procedura in sala de operatii semnificativa	6.0801	22.25	1	120
542	15	M	P64Z	Neonatal, greutate la admitere 1250-1499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa	4.5113	21.78	1	121
543	15	M	P65A	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	4.6751	21.5	3	84
544	15	M	P65B	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	3.1944	16.55	2	75

545	15	M	P65C	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	2.3312	16.26	2	64
546	15	M	P65D	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	2.1296	15.66	2	71
547	15	M	P66A	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	2.5581	12.85	2	46
548	15	M	P66B	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	2.0918	9.73	2	32
549	15	M	P66C	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	1.4176	8.61	2	24
550	15	M	P66D	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	0.6301	7.03	2	19
551	15	M	P67A	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	2.2934	9.66	2	29
552	15	M	P67B	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	1.3042	6.15	2	15
553	15	M	P67C	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	0.7309	4.69	2	10
554	15	M	P67D	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	0.315	4.28	2	8
555	16	S	Q01Z	Splenectomie	2.3753	13.12	3	35
556	16	S	Q02A	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofal sau sever	3.3582	6.51	1	22
557	16	S	Q02B	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofal sau sever	0.6175	4.79	1	15
558	16	M	Q60A	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofal sau sever	1.5563	5.38	1	15
559	16	M	Q60B	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofal sau sever cu stare maligna	0.712	5.43	1	18
560	16	M	Q60C	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofal sau sever fara stare maligna	0.2331	4.88	1	15
561	16	M	Q61A	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofal	1.3168	7.27	1	23
562	16	M	Q61B	Tulburari ale globulelor rosii cu CC sever	0.649	6.3	1	20
563	16	M	Q61C	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofal sau sever	0.2268	5.31	1	19
564	16	M	Q62Z	Anomalii de coagulare	0.3969	5.37	1	20
565	17	S	R01A	Limfom si leucemie cu proceduri in sala de operatii majore cu CC catastrofal sau sever	6.3195	13.3	2	50
566	17	S	R01B	Limfom si leucemie cu proceduri in sala de operatii majore fara CC catastrofal sau sever	2.0162	7.27	1	26
567	17	S	R02A	Alte tulburari neoplazice cu proceduri in sala de operatii majore cu CC catastrofal sau sever	3.396	10.83	1	49
568	17	S	R02B	Alte tulburari neoplazice cu proceduri in sala de operatii majore fara CC catastrofal sau sever	1.8398	6.8	1	34
569	17	S	R03A	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	4.8767	10.81	1	55

570	17	S	R03B	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.9892	7.04	1	32
571	17	S	R04A	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	1.5248	5.19	1	16
572	17	S	R04B	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.712	4.92	1	17
573	17	M	R60A	Leucemie acuta cu CC catastrofal	5.387	15.4	1	78
574	17	M	R60B	Leucemie acuta cu CC sever	1.0648	9.26	1	44
575	17	M	R60C	Leucemie acuta fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.87	0	20
576	17	M	R61A	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofal	3.0936	7.31	1	29
577	17	M	R61B	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofal	1.0207	4.3	1	16
578	17	M	R61C	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0.1323	0	1	1
579	17	M	R62A	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	5.98	1	21
580	17	M	R62B	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	4.6	1	16
581	17	M	R63Z	Chimioterapie	0.1512	4.41	1	12
582	17	M	R64Z	Radioterapie	0.4095	4.31	2	8
583	18	M	S60Z	HIV, de zi	0.189	-	-	-
584	18	M	S65A	Boli conexe HIV cu CC catastrofal	5.4627	8.26	1	33
585	18	M	S65B	Boli conexe HIV cu CC sever	2.432	6.34	1	19
586	18	M	S65C	Boli conexe HIV fara CC catastrofal sau sever	1.5941	4.9	1	15
587	18	S	T01A	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofal	5.6769	11.75	1	51
588	18	S	T01B	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC sever sau moderat	2.4888	7.19	1	22
589	18	S	T01C	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazaitare fara CC	1.3231	6.05	1	21
590	18	M	T60A	Septicemie cu CC catastrofal sau sever	1.7327	8.85	1	33
591	18	M	T60B	Septicemie fara CC catastrofal sau sever	0.8254	6.56	1	20
592	18	M	T61A	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.9514	8.64	2	29
593	18	M	T61B	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofal sau sever	0.5545	6.5	1	23
594	18	M	T62A	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	5.25	1	15
595	18	M	T62B	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	4.38	1	13
596	18	M	T63A	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0.5734	6.26	2	18
597	18	M	T63B	Boala virala varsta <60 fara CC	0.3087	5.01	1	15
598	18	M	T64A	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofal sau sever	1.8146	6.28	2	17
599	18	M	T64B	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofal sau sever	0.5608	5.62	1	16
600	19	O	U40Z	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	-	-	-
601	19	M	U60Z	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	0	1	1
602	19	M	U61A	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	-	-	-
603	19	M	U61B	Tulburari schizofrenice fara statut mental al sanatatii mentale	1.3168	14.06	2	52
604	19	M	U62A	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofal/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.928	10.96	2	38

605	19	M	U62B	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofal/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	10.65	2	40
606	19	M	U63A	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofal sau sever)	2.2367	11.23	3	34
607	19	M	U63B	Tulburari afective majore Varsta <70 fara CC catastrofal sau sever	1.4996	11.08	3	33
608	19	M	U64Z	Alte tulburari afective si somatoforme	0.8695	8.34	2	27
609	19	M	U65Z	Tulburari de anxietate	0.6553	6.54	1	22
610	19	M	U66Z	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	5.36	1	17
611	19	M	U67Z	Tulburari de personalitate si reactii acute	0.8002	8.54	1	32
612	19	M	U68Z	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	4.93	1	15
613	20	M	V60A	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0.5545	9.37	1	41
614	20	M	V60B	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0.2457	7.7	1	31
615	20	M	V61Z	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0.7309	7.67	1	32
616	20	M	V62A	Tulburare si dependenta datorite consumului de alcool	0.6805	8.63	1	34
617	20	M	V62B	Tulburare si dependenta datorite consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-
618	20	M	V63A	Tulburari si dependenta datorite consumului de opiacee	0.3843	4.65	1	14
619	20	M	V63B	Tulburari si dependenta datorite consumului de opiacee, plecare impotriva sfatului medicului	0.3591	-	-	-
620	20	M	V64Z	Alte tulburari si dependente datorite consumului de droguri	0.3843	10.8	1	58
621	21	S	W01Z	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traummatisme multiple semnificative	15.254	23.19	4	81
622	21	S	W02Z	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	18.02	5	46
623	21	S	W03Z	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	14.14	4	39
624	21	S	W04Z	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	14.07	2	53
625	21	M	W60Z	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0.9766	1.32	1	4
626	21	M	W61Z	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	8.36	1	32
627	21	S	X02Z	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.838	5.92	1	22
628	21	S	X04A	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1.8272	9.28	1	38
629	21	S	X04B	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0.7624	6.56	1	23
630	21	S	X05Z	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	4.22	1	14
631	21	S	X06A	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofal sau sever	2.1611	5.14	1	20
632	21	S	X06B	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofal sau sever	0.6553	4.49	1	15
633	21	S	X07A	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofal sau sever)	3.5158	17.22	2	76
634	21	S	X07B	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofal sau sever	1.5437	13.3	1	62
635	21	M	X60A	Leziuni varsta >64 cu CC	0.8506	6.56	1	22
636	21	M	X60B	Leziuni varsta >64 fara CC	0.2772	5.75	1	19
637	21	M	X60C	Leziuni varsta <65	0.2268	4.31	1	14
638	21	M	X61Z	Reactii alergice	0.2457	3.83	1	11

639	21	M	X62A	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0.586	3.7	1	12
640	21	M	X62B	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0.2457	2.27	1	6
641	21	M	X63A	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofal sau sever	0.9577	6.36	1	19
642	21	M	X63B	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofal sau sever	0.3906	6.51	1	22
643	21	M	X64A	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0.649	6.86	1	28
644	21	M	X64B	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0.2268	4.84	1	17
645	22	S	Y01Z	Arsuri grave, cu adancime completa	28.87	25.47	2	141
646	22	S	Y02A	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever) sau cu proceduri complicate	5.9163	21.89	4	72
647	22	S	Y02B	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofal sau sever) fara proceduri complicate	1.9469	24.78	3	102
648	22	S	Y03Z	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	10.48	1	43
649	22	M	Y60Z	Arsuri, pacienti cu arsuri trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.252	1.21	1	3
650	22	M	Y61Z	Arsuri grave	0.9325	11.75	1	49
651	22	M	Y62A	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever) sau cu proceduri complicate	1.5311	9.77	2	34
652	22	M	Y62B	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofal sau sever) fara proceduri complicate	0.4347	6.57	1	25
653	23	S	Z01A	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofal/sever	1.0585	4.35	1	13
654	23	S	Z01B	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofal/sever	0.4536	3.37	1	11
655	23	O	Z40Z	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	2.89	1	7
656	23	M	Z60A	Reabilitare cu CC catastrofal sau sever	2.1989	9.8	3	24
657	23	M	Z60B	Reabilitarere fara CC catastrofal sau sever	1.1341	9.6	4	21
658	23	M	Z60C	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-	-
659	23	M	Z61Z	Semne si simptome	0.441	5.22	1	18
660	23	M	Z62Z	Monitorizare fara endoscopie	0.189	4.09	1	14
661	23	M	Z63A	Alte post ingrijiri cu CC catastrofal sau sever	1.5122	5	1	16
662	23	M	Z63B	Alte post ingrijiri fara CC catastrofal sau sever	0.4914	4.26	1	15
663	23	M	Z64A	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	4.26	1	14
664	23	M	Z64B	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	-	-	-
665	23	M	Z65Z	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.441	5.07	1	17

NOTA:

"-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului

Valorile relative pentru fiecare DRG au fost normalizate la valoarea ICM-ului national pentru semestrul I 2007, de 0,8012.

DMS si limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupe DRG au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in perioada ianuarie-decembrie 2009.

M - categorie Medicala, S - categorie chirurgicala, O - Alte categorii

ANEXA 18
- model -

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

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

Şef departament
.....

| URGENŢĂ: DA/NU |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....

1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU
Alte case .....
5. Internat DA/NU -
Secţia ..... nr. FO .....
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic:

DA/NU
7. Dg. trimitere .....
.....
.....
8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea RMN:
.....
.....
.....
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU

Dacă DA Data ..... Unde .....
Trimis de (spital, clinică)
.....
Medic solicitant .... Data: ....
Semnătura şi parafa medicului solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)

Programare examen RMN
Data: .....
Ora: .....

Substanţă contrast: DA*) ...../NU
*) Se va aplica semnătura şi parafa medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală
Precizări: .....
.....
Observaţii speciale legate de pacient:
1. Asistat cardiorespirator ..... DA/NU
2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
3. Antecedente alergice ..... DA/NU
4. Astm bronşic ..... DA/NU
5. Crize epileptice ..... DA/NU
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
12. Proteze articulare, materiale de osteosinteză
13. Materiale stomatologice
14. Alte proteze
15. Meserii legate de prelucrarea metalelor (schije, obiecte metalice)
16. Corpi străini intraocular
17. Schije, gloanţe, obiecte metalice

Semnătura pacientului

În caz de urgenţă, 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.

| PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |

**) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

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

Şef departament
.....

| URGENŢĂ: DA/NU |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....

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

```
2. Cod numeric personal ...................................................
3. Greutate ................... Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU   |
Alte case ........................ | Data: ...............................
                                   | Ora: ................................
5. Internat DA/NU -                |
Secţia ..... nr. FO ............... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
                                   | *) Se va aplica semnătura şi parafa
                                   | medicului de specialitate radiologie şi
                                   | imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode   |
de diagnostic: DA/NU               | Precizări: ..........................
7. Dg. trimitere ................. | ....................................
................................... | ....................................
8. Date clinice şi paraclinice care| Diagnostic CT stabilit .............
să justifice explorarea CT:        | ....................................
................................... | ....................................
................................... | ....................................
................................... | ....................................
................................... | ....................................
................................... | ....................................
9. Examen CT anterior: DA/NU       | ....................................
10. Toleranţă la substanţa iodată: | ....................................
DA/NU                              | ....................................
Trimis de (spital, clinică) ...... |
Medic solicitant ...... Data: .... |

Semnătura şi parafa medicului
solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

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

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

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

                                          _________________
Şef departament                          | URGENŢĂ: DA/NU |
.........................                |_________________|
```

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

```
Tip de examen scintigrafic indicat ....................................
Organ/segment anatomic de examinat ....................................
1. Pacient: Nume .......... Prenume ............... telefon .............
2. Cod numeric personal ...............................................
3. Greutate ................... Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU    |
Alte case ......................... | Data: ...............................
                                    | Ora: ................................
5. Internat DA/NU -                 |
Secţia ..... nr. FO ............... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU                   | Precizări*): ........................
7. Dg. trimitere ................... | ....................................
..................................... | ....................................
8. Date clinice şi paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea              | ....................................
..................................... | ....................................
..................................... | ....................................
..................................... | ....................................
..................................... | ....................................
..................................... | *) Sarcina reprezintă contraindicaţie
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 şi parafa medicului       |
solicitant                          |
```

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, 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 asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

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

Şef departament
.....

| URGENŢĂ: DA/NU |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat .....
Organ/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU
Alte case .....
5. Internat DA/NU -
Secţia ..... nr. FO .....
6. S-au epuizat celelalte metode de
diagnostic: DA/NU
7. Dg. trimitere .....
.....
.....
8. Date clinice şi paraclinice care
să justifice explorarea
.....
.....
.....
.....
.....
.....
9. Examen angiografic anterior:
DA/NU
10. Puls: - arteră femurală dreaptă
.....
- arteră femurală stângă
.....

10. Stări alergice*): DA/NU
- la substanţa de contrast .....
- alte alergii .....

Trimis de (spital, clinică) .....
Medic solicitant Data:
Semnătura şi parafa medicului
solicitant

Programare examen angiografic

Data: .....
Ora: .....

Precizări*): .....
.....
.....
Observaţii speciale legate de pacient:
1) Pacient diabetic ..... DA/NU
- în tratament cu sulfamide
hipoglicemiante ..... DA/NU
(dacă DA se opreşte tratamentul cu 48
de ore înaintea investigaţiei)
2) Hepatita ..... DA/NU
Diagnostic angiografic stabilit
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*) - Pacientul se va prezenta
obligatoriu cu următoarele teste
efectuate: activitatea protrombinică
şi timpul de protrombină determinate
în ziua efectuării investigaţiei,
creatinină, uree, ECG, tensiune
arterială, antigen HbS, test HIV
- Administrarea anticoagulantelor
cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore
înaintea investigaţiei; medicaţia
antihipertensivă şi antiaritmică NU
se opreşte;

Semnătura pacientului
(acolo unde este necesară confirmarea)

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, 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 şi parafa medicului care a efectuat investigaţia

NOTĂ la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie şi angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fişele de solicitare pentru aceste investigaţii trebuie să conţină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile respective.

ANEXA 19

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECŢII
valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii

Secţia sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie şi terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică şi balneologie	12
3. Boli infecţioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie orală şi maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7
16. Pneumologie - TBC**)	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8
24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5
29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5

31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7
33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie şi traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri ***)	16,5
37. Psihiatrie acuţi	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie şi gerontologie	14
42. Alergologie şi imunologie clinică	8
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependenţă	21
45. Alte specialităţi medicale	5

*) Pentru secţiile de arşi, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.
***) pentru prematurul mic şi foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

NOTĂ: 1. La spitalele/secţiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

2. Pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie de Copii Bucureşti, Centrul de Patologie Neuromusculară <<Dr. Radu Horia>> Vâlcele, judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie <<Gura Ocniţei>>, judeţul Dâmboviţa şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 20 de zile.

3. La spitalele/secţiile aferente poziţiei nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici şi patologie posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică şi balneologie, este de 21 de zile, cu excepţia cazurilor complexe după intervenţii neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate şi cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Spitalul de Cardiologie Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secţia de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

ANEXA 19 A

I. Contul de execuţie a bugetului instituţiei publice - Cheltuieli la data de .....

Semnificaţia 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	Clasificaţia bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăţi 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						
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						
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuţii de asigurări de şomaj	10,03,02						
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuţii de asigurări							

pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10,03,04						
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10,03,06						
Contribuţii la Fondul de garantare a creanţelor salariale	10,03,07						
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII total,	20						
Bunuri şi servicii	20,01						
Furnituri de birou	20,01,01						
Materiale pentru curăţenie	20,01,02						
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20,01,03						
Apă, canal şi salubritate	20,01,04						
Carburanţi şi lubrifianţi	20,01,05						
Piese de schimb	20,01,06						
Transport	20,01,07						
Poştă, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20,01,08						
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20,01,09						
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20,01,30						
Reparaţii curente	20,02						
Medicamente şi 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						
Dezinfectanţi	20,04,04						
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05						
Alte obiecte de inventar	20,05,30						
Deplasări, detaşări, transferări	20,06						
Deplasări interne, detaşări, transferări	20,06,01						
Deplasări în străinătate	20,06,02						
Materiale de laborator	20,09						
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20,11						
Consultanţă şi expertiză	20,12						
Pregătire profesională	20,13						

Protecţia muncii	20,14						
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24						
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20,25						
Alte cheltuieli	20,3						
Protocol şi reprezentare	20,30,02						
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20,30,30						
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE total,	51						
din care:							
Acţiuni de sănătate	51,01,03						
Programe pentru sănătate	51,01,25						
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51,01,38						
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51,01,08						
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51,02,11						
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51,02,12						

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitaliceşti 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 finanţate 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 menţionate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti

ANEXA 20

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

Şi

Unitatea sanitară cu pături ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon: fix/mobil ....., fax .....e-mail....., reprezentat prin .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţă medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activităţile suplimentare şi alte obligaţii de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiţionale la prezentul contract.

III. Servicii medicale spitaliceşti

Art.2 (1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul~~ui~~ de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, de medici~~i~~ care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi. Fac excepţie urgenţele medico-chirurgicale, bolile cu potenţial endemo-epidemic care necesită izolare şi tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, precum şi cele dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi

penale, precum şi cazurile care au recomandare de internare intr-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultaţii;

b) investigaţii;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;

e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională 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, dar numai după îndeplinirea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. ac), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a

documentelor însoţitoare, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme:

g) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti 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 desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi, conform normelor;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti are următoarele obligaţii:

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

b) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; pentru asiguraţii incluşi în programul naţional cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi prin actele normative în vigoare;

h) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al directiei de sanatate publica judetene sau a municipiului

Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu şi fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită in timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi în normele de aplicare a acestuia;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar 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 prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

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

y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliţi în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010; precum şi nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari, numiţi prin ordin al ministrului sănătăţii în cazul spitalelor publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii sau, în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, prin act administrativ al instituţiilor respective;

z) să transmită instituţiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

w) situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgenţă necesare, având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgenţă; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienţi, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgenţă; în această situaţie casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

aa) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale şi pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să afişeze pe pagina web a Ministerului Sănătăţii, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgenţe, cu evidenţierea numărului cazurilor internate, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

af) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară – bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

ag) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi, prescripţia medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ah) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinaţie şi conform unui buget orientativ, în condiţiile stabilite prin norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G.nr. 262/2010.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecţiunile acute, care se stabileşte astfel:

Secţia	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2009*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2010**)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Indicele de case-mix pentru anul 2009 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010.

**) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

b) Suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

Secţia/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de	Tarif pe zi de spitalizare/ secţie/ compartiment	Suma

		spitalizare efectiv realizată*)		
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat şi este de ..... lei.

c) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din spitalele de cronici şi de recuperare, care se stabileşte astfel:

Secţia/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi	Suma
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL			

d) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate, şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanţate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG şi tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale.

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2010 este de ..... lei.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2010 se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,
din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(4) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. (ac), casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor ~~însoţitoare~~ justificative depuse la casa de asigurari 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi 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 şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(5) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 şi în condiţiile 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 unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(8) Reţinerea sumei conform alin. (7) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată.

(9) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (7) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8 Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9 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. 10 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 11 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 legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 14 În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract, aflat în derulare se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri

X. Încetarea şi suspendarea contractului

Art. 15 (1) - Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 18 şi art. 20 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr. 262/2010, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi.

ART.16 Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul de servicii medicale îşi incetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

ART. 17 Situaţiile prevăzute la art. 15 alin. (1) şi la art. 16 lit. b) şi c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 18 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 19 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 20 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general, ... Director executiv al Direcţiei economice, ... Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale ……..	Manager, ... Director medical, ... Director financiar-contabil, ...
Vizat Juridic, Contencios	Director de îngrijiri, ... Director de cercetare-dezvoltare, ...

Anexa la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti nr…….

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr…….
- actul de înfiinţare sau de organizare a unităţii sanitare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz nr. .....,
- autorizaţia sanitară de funcţionare nr. .....,
- dovada de evaluare nr. .....,
- 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 atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului) nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate si a contribuţiei pentru concedii si indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.....,
- lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea, conform prevederilor art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;
- lista materialelor sanitare şi a medicamentelor - denumiri comune internaţionale (DCI) şi forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical;
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătăţii, 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. 16A la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;
- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 17 la Normele metodologice,
- indicatorii de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari;

.

I. Act adiţional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete de specialitate integrate ale spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 47, alin. (2) , lit. b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, suma stabilită conform prevederilor anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice.

II. Act adiţional

Privind suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanţată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

Actul adiţional se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 21

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale majore (cod roşu) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE
- mama este inconştientă
- mama prezintă convulsii
- tegumentele mamei sunt reci şi umede, stare de leşin (insuficienţă cardio-vasculară)
- nou-născutul nu plânge/respiră
- copilul a fost născut, mama prezintă hemoragie
- hemoragie după săptămâna 20 de sarcină
- contracţii uterine puternice după săptămâna 36 de sarcină

- membrane rupte după săptămâna 36 de sarcină
- membrane rupte sau senzaţia mamei de împingere cu copil cunoscut sau suspicionat a fi în poziţie anormală
- pacientă inconştientă cu probleme ginecologice/obstetrice
- dispnee, probleme ginecologice/obstetrice
- durere acută abdominală, palid, transpirat, aproape de sincopă
- sângerare, paloare, transpiraţie sau aproape de sincopă
- pacientă însărcinată, traumatism abdominal, contracţii sau sângerare
- sângerare majoră, sarcină mai mare de 20 de săptămâni
- contracţii puternice între săpt. 20 - 36 de sarcină
- durere şi sângerare (în cantităţi mici sau mari) după săpt. 20 de sarcină
- convulsii în timpul sarcinii

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
- inconştienţă
- nivel scăzut de conştienţă
- dificultate serioasă în respiraţie
- tegumente palide şi umede, aproape sincopă
- pacient slăbit cu durere toracică
- durere toracică şi greaţă

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
- suspiciunea mai multor victime grav afectate
- inconştient, după arsură termică/electrică
- nivel scăzut al conştienţei după arsură termică/electrică
- dificultăţi în respiraţie după arsura termică/electrică
- suspect de leziuni datorate inhalării de fum
- mai mult de 20% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (adult)
- mai mult de 10% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (copil sub 10 ani)
- suspiciune de arsuri severe, informaţii incerte
- suspiciune de arsură electrică cu voltaj înalt
- suspiciune de cădere, leziuni grave suspicionate

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
- mai multe victime, imersie în apă sau dispărute
- imersie în apă confirmată, inconştient
- imersie în apă cu dificultăţi în respiraţie
- victimă aflată încă în apă
- pacient cu imersie în apă mai mult de un minut
- accident prin săritură în apă
- leziune extinsă şi imersie în apă
- suspiciune de hipotermie
- dezorientat/confuz, fără dificultăţi în respiraţie
- tuse severă posibilă aspiraţie

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
- mai multe victime, imersie, rănite sau dispărute
- victimă aflată încă în apă
- inconştient după scufundare
- tegumente reci şi umede, aproape sincopă
- confuz sau agitat după scufundare

- paralizie sau ameţeli în diferite părţi ale corpului
- leziuni extinse vizibile
- suspiciune de hipotermie moderată sau severă
- toate simptomele apar în primele 24 h de la scufundare (diferite niveluri de conştienţă, paralizii, alte simptome neurologice, dureri, simptome legate de tegumente)

6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
- inconştient
- dificultăţi în respiraţie
- tegumente palide şi umede, aproape sincopă
- muşcătură de viperă cu simptome generale
- muşcătură de viperă la copil mic
- hemoragie necontrolată după muşcătură
- înţepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil

7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
- Susp. mai multe victime grave
- Susp. inconştient în urma accidentului
- Greutate la respiraţie în urma accidentului
- Starea de conştienţă în deteriorare sau starea de obnubilare prelungită
- Paralizie
- Paloare, transpiraţii, aproape inconştient
- Sângerare necontrolabilă
- Strivire sau leziuni penetrant la nivelul: capului, a gâtului, a abdomenului sau a coapsei.
- Leziuni semnificative la nivelul a două sau mai multor părţi ale corpului
- Fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului
- Extremitate smulsă deasupra nivelului degetelor
- Pacient carcerat, blocat etc.
- Cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
- Susp. de traumatism prin energie mare, informaţii neclare
- Dureri precordiale pre-existente, ameţeli acute, cefalee, diabet
- Dureri mari (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
- Inconştient în urma intoxicării
- Dificultăţi în respiraţii relatate la intoxicaţie
- Ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce
- Greutate în deglutiţie în urma intoxicaţiei
- Paloare, transpiraţii şi obnubilare
- Convulsii în urma intoxicaţiei
- Informaţii neclare despre substanţe şi simptome

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
- Inconştient mai mult de 5 minute
- Dificultăţi în respiraţie în urma unui traumatism cranian
- Nivelul conştienţei în scădere sau scăzut pentru o perioadă prelungită
- Pacient neliniştit, confuz, necontrolabil sau agresiv
- Traumă craniană şi convulsii
- Traumă craniană şi paralizie
- Palid, transpirat, obnubilat
- Strivire sau plagă penetrantă a feţei, mandibulei sau a gâtului

- Traumă craniană cu alte leziuni semnificative
- Pacient carcerat sau blocat
- Accident forestier
- Cădere peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
- Suspect traumă indusă prin energie mare, informaţii neclare
- Pacient neajutorat, izolat, în risc de hipotermie
- Dureri intense nesuportabile

10. HIPO-HIPERTERMIA
- Dificultate în respiraţie cu hipotermie
- Neliniştit, confuz sau necooperant cu hipo-hipertermie
- Alte leziuni extinse cu hipotermie
- Susp. de hipotermie gravă, sub 32 grade
- Pacient slăbit cu susp. de hipertermie

11. INCIDENT MAJOR
- Incendiu – Explozie
- Prăbuşire de avion
- Accident de tren - tram.
- Accident rutier
- Dezastru natural
- Scăpări de gaze
- Accident naval
- Atac terorist, război
- Alte dezastre
- Posibile dezastre sau accidente în masă

12. LEZIUNI CHIMICE
- Susp. multiple victime
- Inconştient în urma leziunilor chimice
- Nivelul de conştienţă scăzut în urma accidentului chimic
- Greutate în respiraţie în urma incidentului chimic
- Dificultate în respiraţie în urma accidentului chimic
- Palid, transpirat, aproape inconştient
- Peste 15% suprafaţă leziuni cu subst. corosivă la adult
- Peste 10% leziuni cu subst. corosivă la copii
- Ingestie de subst. alcaloidă la copii
- Susp. de leziuni grave. Nu avem informaţii clare
- Incident major
- Scăpări de gaze sau pericol de explozie în zonă populată
- Accident cu subst. hazardoase implicate
- Ingestie de substanţe caustice, antigel, organofosforice

13. ACCIDENT RUTIER
- Susp. multiple victime cu leziuni serioase
- Inconştient în urma accidentului
- Dispnee în urma accidentului
- Stare de conştienţă în scădere sau obnubilare prelungită
- Traumă craniană cu nelinişte, agresiv sau convulsii
- Palid, transpirat obnubilat
- Paralizie în urma accidentului
- Strivire sau leziuni penetrante la nivelul capului, al gâtului, al toracelui, al abdomenului sau al coapsei.

- Leziuni semnificative la nivelul unei sau mai multor părţi ale corpului
- Fractură de femur, sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau a piciorului
- Victimă blocată
- Susp. traumă prin energie mare, informaţii neclare
- Accident cu substanţe chimice periculoase
- Dureri precordiale, ameţeli, cefalee, diabet preexistente
- A fost inconştient dar acum este bine şi fără alte criterii de urgenţă
- Durere intensă fără alte criterii aparente de urgenţă

14. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
- suspect de afecţiuni severe
- inconştient după violenţă
- Dispnee după violenţă
- nivel scăzut al stării de conştienţă
- leziuni la nivelul extremităţii cervico-cefalice, pacient agresiv sau calm
- leziuni la nivelul capului şi convulsii
- paralizie după violenţă
- sângerare incontrolabilă sau paloare, transpiraţii, aproape de sincopă
- leziuni penetrante sau prin compresiune la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului, coapsei
- leziuni semnificative în două sau mai multe locuri ale corpului
- leziuni severe suspecte, informaţii neclare

15. ALERGII
- inconştient după reacţia alergică
- reacţie alergică imediată cu dificultăţi respiratorii
- reacţie alergică, dificultăţi la vorbire şi deglutiţie
- reacţie alergică, edem glotic
- rece şi transpirat, aproape de sincopă
- simptome imediate, antecedente de şoc anafilactic

16. SINCOPA
- Inconştient, obnubilat
- inconştient, respiraţie anormală
- căderea nivelului de conştienţă sau prelungirea perioadei cu nivel scăzut al conştienţei
- antecedente neclare de boală sau inconştienţă
- aproape de sincopă, palid şi transpirat
- cefalee intensă acută anormală, pierderea stării de conştienţă
- diabetic cunoscut aflat în stare de inconştienţă
- sângerare nedatorată unui traumatism, pierderea stării de conştienţă

17. SÂNGERAREA
- inconştient şi sângerează, cauză netraumatică
- dispnee şi sângerare, de cauză nontraumatică
- aproape de sincopă, palid şi transpirat
- hematemeză, palid şi transpirat
- scaune închise la culoare şi tare, pacient transpirat, palid
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare semnificativă
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare (cantităţi mici sau mari însoţite de durere)
- sângerare masivă necontrolată

18. DURERI TORACICE
- inconştient după durere toracică
- dispnee şi durere toracică
- durere toracică tipică în infarctul de miocard
- durere toracică, palid şi transpirat
- durere toracică aproape de sincopă
- suspectarea unor probleme cardiace severe, persoana care face apelul nu se află lângă pacient

19. DIABET ZAHARAT
- cunoscut diabetic aflat în stare de inconştienţă
- diabetic cunoscut, dispneic
- diabetic cunoscut, prezintă convulsii
- diabetic cunoscut cu dureri toracice severe

20. TEMPERATURĂ
- inconştient, temperatură crescută
- pacient slăbit, temperatură şi dispnee marcată
- motiv pentru suspectarea unei stări septice sau meningită
- pacient slăbit, temperatură, dificultăţi la deglutiţie şi sialoree (suspect epiglotită)

21. AVC (APOPLEXIE)
- inconştient, suspect de AVC
- dispnee suspect AVC
- convulsii prezente, suspect AVC
- inconştient mai mult de 20 min.
- perioadă lungă cu nivel scăzut al conştienţei, simptomele apoplexiei
- cefalee bruscă, intensă (violentă)
- traumatism cranian recent, simptome de apoplexie

22. CEFALEE
- pacient inconştient cu cefalee care a precedat starea de inconştienţă
- cefalee şi dispnee marcată
- cefalee şi scăderea nivelului de conştienţă
- cefalee intensă cu paralizie sau dificultăţi de vorbire
- cefalee şi temperatură mare, redoare de ceafă, slăbiciune, posibil eritem
- cefalee severă şi convulsii

23. CONVULSII
- nu respiră normal după convulsii
- convulsii pentru prima oară, inconştient
- convulsii în derulare, mai mult de 5 min.
- pacient obnubilat între convulsii frecvente
- obnubilat 20 de min. după convulsii
- însărcinată cu convulsii
- diabetic cu convulsii
- convulsii după leziune craniană recentă
- convulsii în derulare, concomitent supradoză de medicamente
- convulsii în derulare, concomitent abuz de narcotice
- eritem, febră şi convulsii

24. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
- inconştient după criză de dureri abdominale sau de spate

- dispnee cu durere abdominală sau de spate
- aproape sincopă, nivel scăzut de conştienţă
- durere intensă abdominală sau de spate, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
- pacient peste 50 de ani cu debut brusc
- vomită sânge, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
- scaune tari şi închise la culoare, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
- femeie, însărcinată cu dureri abdominale acute, în flancul inferior
- palid şi transpirat sau aproape de sincopă

25. PSIHIATRIE/SUICID
- inconştient după tentativă violentă de suicid
- inconştient, obnubilat după supradoză/intoxicaţie
- dispnee (fără suspiciune de hiperventilaţie)
- cel care sună sau aparţinătorii se simt ameninţaţi de pacient
- tentativă serioasă cu violenţă de suicid
- supradoză/intoxicaţie sau simptome serioase

26. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
- inconştient nu respiră normal
- pacient slăbit, dispnee
- palid şi slăbit, aproape de sincopă
- dispnee, dureri toracice constrictive
- criză de astm, nu se îmbunătăţeşte starea cu medicaţie
- dispnee, nu poate vorbi coerent
- copil sub 12 ani, în poziţie şezândă, cianotic
- slăbit, pacient febril cu dificultăţi la înghiţire sialoree (suspect epiglotită)
- suspect de corp străin în gât, nu poate vorbi, tuşeşte sau plânge
- leziuni la nivelul toracelui şi dispnee
- dispnee moderată - persoană care a născut recent, fractură recentă, membru cu aparat gipsat, spitalizare recentă

27. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
- inconştient, obnubilat după stare de ebrietate/intoxicaţie
- dificultăţi respiratorii după stare de ebrietate/intoxicaţie
- persoană care face apelul/aparţinătorii se simt ameninţaţi
- supradoză/intoxicaţie şi simptome critice
- palid şi transpirat aproape de sincopă
- convulsii care durează mai mult de 5 min
- cocaină sau crack cu dureri toracice
- intoxicaţie şi suspicionarea unor leziuni serioase (în special leziuni ale capului)

28. COPIL BOLNAV
- inconştient, obnubilat (fără convulsii febrile)
- nu respiră
- copil slăbit cu dispnee
- suspiciune de corp străin în gât, nu poate vorbi sau plânge
- slăbit, copil febril, dificultăţi la deglutiţie, sialoree (posibil epiglotită)
- copil slăbit şi iritabil, febră (meningită sau septicemie?)
- convulsii în derulare care durează mai mult de 5 min.
- pacient obnubilat după 20 de minute, sau se suspectează convulsii febrile

29. URECHEA
- inconştient, nu respiră normal

- leziune la nivelul urechii, nivel al stării de conştienţă scăzut
- Ameţeală, nivel scăzut al stării de conştienţă
- Ameţeală, paralizie
- Ameţeală, dureri toracice
- Ameţeală, palid şi transpirat

30. OCHIUL
- inconştient după ce a acuzat probleme de vedere
- dispnee şi tulburări ale vederii
- inconştient mai mult de 5 minute după producerea leziunii
- leziune a ochiului şi scăderea nivelului stării de conştienţă

B. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE
- copilul s-a născut, mama şi copilul par bine
- mai puţin de 2 minute între contracţii la prima naştere
- mai puţin de cinci minute între contracţii (după prima naştere)
- membrane rupte (copil în poziţie normală)
- senzaţia mamei de împingere cu copilul cunoscut în poziţie normală
- durere severă, pacientă slăbită (nu este însărcinată)
- traumatism abdominal în sarcină, fără contracţii sau sângerare, pacienta nu prezintă alte probleme vitale
- durere abdominală moderată la pacientă cu peste 20 săptămâni de sarcină
- sângerare minimă, sarcină peste 20 de săptămâni
- preeclampsie în antecedente, cefalee
- sângerare mai mare de trei tampoane/oră, altfel bine şi nu prezintă semne de şoc

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
- febră şi nivel de conştienţă alterat însă nu inconştient
- febră şi erupţii cutanate
- episoade sincopale repetate
- ameţeală cu debut brusc, slăbiciune
- pacient slăbit, informaţii neclare

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
- a fost inconştient, recuperează treptat
- mai puţin de 20% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feţei (adulţi)
- mai puţin de 10% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea cap/faţă (copil sub 10 ani)
- corozive în ochi
- poliţia sau pompierii cer un echipaj de asistenţă, necunoscându-se dacă sunt victime
- cădere de la înălţime sub 4 metri, pacient conştient fără semne de traumatism grav

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
- pacient conştient fără dificultate în respiraţie
- leziuni aparente minore

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
- tusă severă după scufundare, hipotermie uşoară

6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
- muşcătură de viperă fără simptome generale
- înţepătură de insectă de peste o oră cu simptome generale fără semne de şoc
- muşcătură de animal în regiunea feţei sau gâtului fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
- hemoragie controlată după muşcătură

7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
- O singură fractură sub genunchi
- Fractura antebraţului
- Susp. fractură col de femur
- Sângerare controlată
- Cădere de la 3 - 4 metri (fără alte criterii de urgenţă)
- Dureri moderate (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
- Ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgenţă
- Alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgenţă
- Ingestie de derivate petroliere cu simptome minore
- Ingestie de nicotină fără alte criterii de urgenţă

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
- A fost inconştient, acum mai bine
- Leziuni faciale semnificative fără alte criterii de urgenţă
- Sângerare controlată
- Cădere 3 - 4 metri fără alte criterii de urgenţă
- Dureri moderate fără alte criterii de urgenţă
- Antecedente de dureri precordiale, ameţeli acute, cefalee, diabet

10. HIPO-HIPERTERMIA
- Susp. hipotermie moderată, fără alte criterii de urgenţă
- Susp. hipotermie moderată cu alte leziuni limitate
- Degerătură localizată
- Pacient altfel sănătos cu susp. de hipertermie

11. LEZIUNI CHIMICE
- Leziune caustică la nivelul gurii la adult, fără alte criterii de urgenţă, vorbeşte clar, nerăguşit.
- Sub 15% arsuri sau leziuni corosive la adult, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
- Sub 10% arsuri sau leziuni corosive la copil, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
- Leziune corosivă oculară
- Ingestie de derivate petroliere fără alte semne de urgenţă
- Inhalare de gaze sau de subst. chimice fără alte criterii de urgenţă
- Poliţia, Pompierii cer sprijin logistic fără sa se ştie dacă sunt victime

12. ACCIDENT RUTIER (PACIENTUL SE AFLĂ LA DISPENSAR sau într-o instituţie medicală)
- Fractură izolată a antebraţului sau sub niv. genunchiului fără alte leziuni. Situaţia confirmată de persoană autorizată
- Susp. fractură col de femur
- Leziuni faciale minore fără alte criterii de urgenţă
- Sângerare controlată fără alte criterii de urgenţă. Situaţia confirmată de persoană autorizată

- Durere moderată fără alte criterii de urgenţă
- Poliţia, Pompierii cer sprijin fără a se şti dacă sunt victime, DISTANŢA MICĂ permite cererea unui sprijin rapid.

13. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
- leziuni faciale fără alte criterii de urgenţă
- leziuni produse prin înjunghiere, armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei
- fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului (o singură fractură)
- leziuni minore cauzate de arme
- pacientul a fost inconştient, îşi revine treptat
- sângerare controlată (fără alte criterii de urgenţă)
- durere severă
- victimă a abuzului sexual (fără alte criterii de urgenţă)
- victimă a violenţei cu reacţie psihică acută
- asistenţă la cererea poliţiei

14. ALERGII
- reacţie acută, fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
- antecedente de şoc anafilactic, expunere fără simptome

15. SINCOPA
- Paralizie, slăbiciune sau dificultăţi de vorbire, trezibil
- episoade severe sincopale în ultimele 24 h, trezibil momentan şi fără alte simptome
- pierderea pasageră a nivelului de conştienţă după traumatism cranian
- pierderea pasageră a nivelului de conştienţă şi suspect de ingestie de droguri/alcool
- suspect de convulsii febrile, recuperează
- pierdere pasageră a stării de conştienţă cu dureri toracice sau palpitaţii, în revenire

16. SÂNGERAREA
- sângerare limitată necontrolată
- hematemeză, fără semn de şoc
- scaune tari, închise la culoare
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare minoră
- sângerare vaginală, mai mult de trei tampoane/oră, fără semne de şoc
- hemoragie nazală incontrolabilă

17. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
- durere toracică, greaţă
- durere toracică, tahicardie
- durere toracică, atipică IM, în plină sănătate
- antecedente de angină, efect pe termen scurt la NTG
- debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice

18. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
- nivel scăzut al stării de conştienţă, incapabil de a ingera lichide
- palid, transpirat, aproape de sincopă
- comportament anormal sau neobişnuit
- cunoscut diabetic, 55 obosit sau starea generală evident alterată
- diabetic aflat pe tratament cu tablete, cu nivel scăzut al glicemiei, recuperează
- temperatură sau alte simptome generale (întotdeauna cod galben decât dacă se suspicionează infarct)

19. TEMPERATURĂ
- temperatură, pacient cu răspuns imunitar deficitar
- pacient slăbit cu temperatură şi simptome neclare
- pacient diabetic cu temperatură

20. AVC (APOPLEXIE)
- hemiplegie, altfel fără probleme
- slăbiciune bruscă şi amorţeală la nivelul membrelor superioare şi inferioare
- dificultăţi acute în vorbire
- diabetic şi simptomele apoplexiei
- AVC, pacienţi internaţi la azile de bătrâni

21. CEFALEE
- cefalee intensă acută, descris ca o durere nemaiavută până acum
- cefalee cu intensitate crescândă la mai puţin de 12 ore de la producerea leziunii la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, fără alte criterii de urgenţă
- sarcină cu creşterea în intensitate a cefaleei fără alte criterii de urgenţă
- pacient cu operaţie de şunt, cefalee agravată, fără alte criterii de urgenţă
- pacient slăbit, cefalee neclară

22. CONVULSII
- trezibil după 20 min. după convulsii
- recuperează după convulsii
- convulsii, concomitent abuz îndelungat de alcool

23. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
- dureri puternice suportabile fără alte criterii de urgenţă
- dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară, nevoie de a se mişca
- vosminte ca zaţul de cafea
- femeie, însărcinată, cu dureri acute abdominale în flancul inferior, fără sângerare

24. PSIHIATRIE/SUICID
- confuzie instalată brusc şi comportament anormal fără funcţii vitale afectate cu starea de conştienţă păstrată
- zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii, sângerare controlabilă
- ameninţare serioasă de suicid
- posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptomatologie care denotă ameninţare de funcţii vitale
- delirium tremens
- apel la cererea poliţiei/fără persoane în pericol vital
- pacientul doreşte să vorbească cu un medic

25. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
- dispnee, fără motiv clar, fără cianoză, transpiraţii etc.
- dispnee, altfel bine
- sughiţ, tuse uscată, altfel bine
- suspect corp străin în gât, poate vorbi, tuşeşte şi/sau plânge

26. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
- posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptome critice/funcţii vitale ameninţate
- delirium tremens
- convulsii, terminate acum

- apel la cererea poliţiei-

27. COPIL BOLNAV
- dispnee, dar în general bine
- copil agitat, cu temperatură
- copil slăbit, cu debut rapid al bolii
- copil slăbit, simptome neclare
- convulsii instalate pentru prima oară, acum trezit
- temperatură înaltă (peste 40 grade) la un copil mai mic de 2 luni (poate fi încadrat şi sub roşu)
- diabet şi temperatură (cu excepţia obişnuitei răceli)

28. URECHEA
- leziuni majore în sau în jurul urechii fără un nivel scăzut al stării de conştienţă
- scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche după un traumatism cranian însă pacientul este conştient şi nu prezintă alte simptome sau probleme

29. OCHIUL
- leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conştienţă
- leziuni corozive la ochi
- dureri acute în ochi, pacient slăbit (glaucum acut?)
- ingerare de metanol sau etilen glicol
- tulburări de vedere, fără un motiv aparent

C. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultaţii de urgenţă la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate

1. OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE
- mai mult de 2 minute între contracţii (prima naştere)
- mai mult de 5 minute între contracţii (la a II-a, III-a naştere)
- sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- dureri abdominale şi temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
- dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
- dureri neobişnuite, fără sarcină, fără slăbiciune

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
- febră
- ameţeli dar nu slăbiciune
- simptome neclare, dar nu slăbiciune
- probleme psiho/sociale

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
- arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conştient, nu este cunoscut cardiac
- arsuri minore
- cădere de la o înălţime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conştient fără semne de leziuni grave
- implicat în accident/incident fără simptome

4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
- pacient conştient fără dificultăţi în respiraţie sau alte simptome
- leziuni minore după scufundare

5. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
- înţepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
- înţepătură cu reacţie locală puternică fără reacţie generală
- muşcătură de animal cu leziune tegumentară

6. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
- Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgenţă)
- Plăgi şi contuzii, leziuni minore
- Implicat în accident, fără simptome

7. INTOXICAŢII, COPII
- Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanţe periculoase
- Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgenţă

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
- Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgenţă
- Plăgi, contuzii, leziuni minore
- Implicat în accident fără semne sau leziuni

9. HIPO-HIPERTERMIA
- Hipotermie uşoară fără alte simptome
- Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine

10. LEZIUNI CHIMICE
- Leziuni minore prin corosive
- 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. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
- leziuni minore neproduse de arme
- victimă a violenţei, nu sunt leziuni evidente, fără reacţie psihică

13. ALERGII
- prurit şi eritem
- reacţie alergică cu durată mai mare de 30 min după expunere
- îngrijorare în privinţa reacţiei alergice, fără simptome în prezent

14. SINCOPA
- lipotimie, bine acum
- suspect sincopă la NTG, acum bine
- aproape de sincopă, bine acum
- cunoscut epileptic, tendinţă 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 pacienţi aflaţi sub tratament cu anticoagulante, altfel bine

16. DURERI TORACICE
- durere la respiraţie sau exerciţii, în plină sănătate
- aritmie cardiacă, simte că se pierd bătăi ale inimii, altfel bine

17. DIABET ZAHARAT
- temperatură, fără alte simptome generale
- infecţie 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
- roşu 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
- creştere 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 greaţă, sensibilitate la sunet şi lumină)
- cefalee fără alte simptome
- suspect sinuzită

21. CONVULSII
- antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
- copil sub şase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează
22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
- durere nespecifică, altfel bine
- diaree şi 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
- dureri constrictive în abdomen, constipaţie
- dureri de spate

23. PSIHIATRIE/SUICID
- antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută şi corespunde antecedentelor)
- gânduri de suicid
- pacient deprimat, fără intenţii de suicid
- ingestie de substanţe toxice, în doză minimală
- simptome de abstinenţă (sevraj)
- atac brusc de agitaţie motorie cu sau fără dificultăţi respiratorii

24. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)

- temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie
- parestezii sau amorţeală în jurul gurii şi a degetelor
- tuse, altfel bine
- suspect corp străin în gât, fără dificultăţi respiratorii acum

25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
- ingestia de substanţă periculoasă în cantităţi mici fără semne sau simptome
- simptome de sevraj

26. COPIL BOLNAV
- antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
- gât roşu, altfel bine
- temperatură, altfel bine
- tuse, altfel bine
- simptomele unei răceli obişnuite
- corp străin în nas sau ureche

27. URECHEA
- dureri în ureche
- secreţii din ureche
- leziuni minore la ureche
- ameţeală trecătoare, fără alte simptome
- suspect sindrom de hiperventilaţie
- zgomote în urechi
- corp străin în canalul auditiv

28. OCHIUL
- leziuni izolate minore
- dureri acute în ochi, fără alte simptome
- conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
- Ochi dureros după privirea unei operaţiuni de sudură, albeaţă

Pentru urgenţele 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 unităţile medicale specializate publice şi cu unităţile specializate private, consultaţii de urgenţă la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

D. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport medical asistat al pacienţilor:
1. Transportul urgenţelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgenţelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgenţelor apărute ca urmare a acţiunii agenţilor fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheţ), cu excepţia accidentelor de muncă;
5. Transportul urgenţelor obstetricale şi al gravidei în vederea naşterii;
6. Transportul accidentaţilor în urma unor accidente de circulaţie;
7. Transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;
8. Transportul copiilor prematuri în condiţii corespunzătoare de la locul de naştere la unităţile sanitare de specialitate şi de la acestea la domiciliu;
9. Transportul la spital pentru internare sau investigaţii nou-născutului până la 3 luni şi al persoanelor nedeplasabile: asiguraţii de orice vârstă cu insuficienţă motorie a

trenului inferior din orice cauză, insuficienţă cardiacă clasa IV - NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;

10. Transportul la spital al nou-născutului şi al lehuzei care a născut la domiciliu;

11. Transportul pacienţilor internaţi care se află în stare critică, transferaţi la un alt spital;

12. Transportul pacienţilor din unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe, care nu se află în stare critică, la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate.

13. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:

14. Transportul de sânge şi derivate, ţesuturi şi organe, precum şi transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiţii de urgenţă de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;

15. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege

16.Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

III. Transport sanitar neasistat al pacienţilor:

17. Transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu;

18. 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 amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronica obliteranta stadiul III si IV, insuficienta cardiaca clasa NYHA III si IV, status post revascularizare miocardica (prin by-pass aorto-coronarian) si revascularizare periferica (by-pass aorto-femural, etc), malformatii vasculare cerebrale (anevrisme, malformatii arterio venoase) rupte neoperate, malformatii vasculare cerebrale (anevrisme, malformatii arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natura neprecizata, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ, 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 relaţii contractuale cu aceeaşi 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări

de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare.

19. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităţilor specializate private în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 16, 17, 18 şi 19 cu condiţia ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătăţii, precum şi cele de evaluare.

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B şi C.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi 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, B şi C.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru serviciile medicale de urgenţă

1. Ştatul de funcţii
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2009
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2009, valabilă la 31.12.2009, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2010 pe elemente de cheltuieli *)

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	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	

Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII -TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrana	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	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi experiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	

Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico – sociale	51.01.38	
Aparatură ţi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

*)Se completează pentru fiecare compartiment pentru care plata se face prin tarif pe solicitare

NOTA: rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activităţii proprii .

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATĂ
a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar

ART. 1 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi 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. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori cantitativi:

- numărul de kilometri echivalenţi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural sau numărul de mile marine;
- numărul de solicitări.

ART. 2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte astfel:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabileşte în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, în vederea acoperirii cheltuielilor aferente timpului de aşteptare.

Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină;

b) pentru serviciile medicale de urgenţă - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat, înmulţit cu coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare contractat. Coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare contractat - C1 - este egal cu "1" şi corespunde timpului mediu de aşteptare dintre două solicitări.

1. Pentru urgenţele medico/chirurgicale efectuate cu autovehicule, tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate, pe fiecare tip de autovehicul prevăzut la art. 6 se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente medicamentelor şi materialelor sanitare necesare intervenţiilor de urgenţă, precum şi

a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport).

Tariful pe solicitare negociat va avea în vedere şi frecvenţa solicitărilor, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate pentru această destinaţie;

2. Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de intervenţie/transport pe apă se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente medicamentelor şi materialelor sanitare necesare intervenţiilor de urgenţă, precum şi a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport). La negocierea tarifului pe solicitare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere şi frecvenţa solicitărilor.

Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate pentru această destinaţie.

c) pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport suma contractată se stabileşte astfel:

1. pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente medicamentelor şi materialelor sanitare necesare intervenţiilor de urgenţă, precum şi a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate pentru această destinaţie;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabileşte în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare.

3. Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport se stabileşte astfel:

1. pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a

cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate pentru această destinaţie;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabileşte în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgenţă poate elibera certificate constatatoare de deces în condiţiile prevăzute de lege, cu excepţia situaţiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unităţile medicale specializate publice şi unităţile specializate autorizate şi evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face lunar. Trimestrial se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face lunar, în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural şi tarifele pe kilometru negociate, în limita sumelor contractate.

În situaţia în care numărul total de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de aşteptare mai mari decât cei avuţi în vedere la contractare, suma de decontat se stabileşte astfel:

Numărul de kilometri efectuaţi x tariful negociat + (Numărul de kilometri contractaţi - Numărul de kilometri efectuaţi) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de aşteptare.

Coeficienţii de ajustare corespunzători timpilor de aşteptare sunt prevăzuţi la art. 7 (2).

În situaţia în care numărul total de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural este mai mare sau egal cu cel contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

b) Pentru serviciile de transport pe apă decontarea lunară se face în funcţie de numărul de mile marine efectiv parcurse şi tarifele negociate, în limita sumelor contractate.

În situaţia în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de aşteptare mai mari decât cei avuţi în vedere la contractare, suma de decontat se stabileşte astfel:

Numărul de mile marine efectiv parcurse x tariful negociat + (Numărul de mile marine contractat - Numărul de mile marine efectiv parcurse) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de aşteptare.

Coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de aşteptare reprezintă ponderea tuturor cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină mai puţin

cheltuielile cu combustibilul din totalul cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină.

În situaţia în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mare sau egal cu numărul de mile marine contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

c) În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), respectiv numărul total al milelor marine parcurse, de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

d) Pentru serviciile medicale de urgenţă - solicitări decontarea lunară se face în funcţie de numărul de solicitări realizat înmulţit cu tariful pe solicitare negociat şi cu coeficientul C2, în limita sumelor contractate.

C2 reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare realizaţi obţinut ca raport între timpii de aşteptare realizaţi şi timpii de aşteptare contractaţi.

Numărul de solicitări realizat, rezultat din calcul, nu poate fi mai mare decât numărul de solicitări, care se obţine astfel: Numărul de solicitări contractat / C2.

În situaţia în care numărul de solicitări realizat este mai mare sau egal cu numărul de solicitări contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

e) În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice şi de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tarifele negociate, precum şi cu numărul de solicitări realizate şi tarifele negociate pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera C, pct. II, poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

(4) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, in baza facturii si a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizae de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 6 Mijloacele specifice de intervenţie destinate asistenţei medicale de urgenţă şi de transport sanitar:

a) ambulanţă tip C1, C2, B1 - ambulanţă destinată intervenţiei medicale de urgenţă la cel mai înalt nivel şi transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanţă tip B2 - ambulanţă destinată intervenţiei de urgenţă şi transportului medical asistat al pacienţilor;

c) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

f) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare;

(1) Tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

a) ambulanţă tip C1, C2, B1	1,85 lei
b) ambulanţă tip B2	1,80 lei
c) ambulanţă tip A1 şi A2	1,80 lei
d) autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu	1,18 lei
e) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat	0,92 lei

Tarifele de la lit. a) - e) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.
Numărul de km echivalenţi se stabileşte conform reglementărilor legale în vigoare.
(2) Coeficienţii de ajustare corespunzători timpilor de aşteptare:
a) ambulanţă tip C1, C2, B1 0,82
b) ambulanţă tip B2 0,81
ART. 8 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 23
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar

I. Părţile contractante
Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... reprezentată prin preşedinte - director general .....,
şi
- Unitatea medicală specializată publică ....., reprezentată prin: .....,
- Unitatea medicală 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 servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate
ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi medicale specializate, autorizate şi evaluate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 urgenţă şi transport sanitar, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intentie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, cu minim 15 zile inainte;

e) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze unităţilor medicale specializate în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraţilor în luna precedentă, în baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu încadrarea în sumele negociate şi 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în prezentul contract;

g) să deconteze unităţilor medicale specializate serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevazute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare ale acesteia;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi toate formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate.

g) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

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

m) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, după caz;

n) să acorde îngrijiri medicale de urgenţă şi transport sanitar , în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului şi până la rezolvarea stării de urgenţă, în limita competenţelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

o) să asigure prezenţa personalului medico-sanitar, conform legii;

p) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la investigaţiile şi tratamentele efectuate;

q) să asigure eliberarea certificatelor constatatoare de deces, după caz, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010;

r) să asigure servicii medicale de urgenţă utilizând mijlocul de transport adecvat şi echipamentul corespunzător situaţiei respective;

s) să introducă monitorizarea apelurilor;

t) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

u) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii

Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

v) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor.

x) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

y) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 Plata serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face pe baza următorilor indicatori:

a) număr de km echivalenţi parcurşi (dus-întors) pentru mediul urban;
b) număr de km efectiv realizaţi pentru mediul rural;
c) număr de mile marine parcurse;
d) tarif negociat pe km parcurs/milă marină;
e) număr de solicitări;
f) tarif pe solicitare negociat;
g) coeficienţi de ajustare corespunzători timpilor de aşteptare, după caz.

Suma contractată pentru serviciile de transport:

Tipul autovehiculului	Număr de km echivalenţi parcurşi pentru mediul urban	Număr de km efectiv realizaţi pentru mediul rural	Tarif/km negociat*)	Suma contractată
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4 + C3 x C4
TOTAL:			X	

*) Tariful/km negociat pe fiecare tip de autovehicul nu poate fi mai mare decât tariful/km echivalent pentru mediul urban, respectiv efectiv realizat pentru mediul rural, prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

Tipul ambarcaţiunii	Număr de mile marine parcurse	Tarif/milă marină negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3

TOTAL:		X	

Tipuri mijloace specifice de intervenţie	Nr. solicitări pe tip de mijloc specific de intervenţie	Tarif/ solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL:		X	

Autoturism de transport/ mijloace de intervenţie transport pe apă pentru consult. de urgenţă la domiciliu	Nr. solicitări - consult. de urgenţă la domiciliu	Tarif/ solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL:		X	

Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face conform art. 5 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar pentru anul 2010 este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se defalchează pe trimestre şi 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 serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare ce se depun la casa de asigurari de sanatate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare ce se depun la casa de asigurari de sanatate până la data de .....

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi.

(4) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii prezentului contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(5) Reţinerea sumei conform alin. (4) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (4) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 10 Plata serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ....., la data de .....

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar 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 voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

Art. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) unul sau mai multe compartimente, nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei de funcţionare sau a documentului similar, sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; până la obţinerea autorizaţiei de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare

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

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 20 alin. (1), lit. d) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr.262/2010, nu se aplică furnizorilor de servicii medicale de urgenţă prespitaliceşti.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 17, alin. (1) şi la art. 16 lit. b) şi c) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional, semnat de ambele părţi, şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,

.....

Vizat

Juridic, contencios

.....

ANEXA
la contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar nr……

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- Actul de înfiinţare/organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară nr. .....
- Autorizaţia de funcţionare.....,
- Dovada de evaluare nr. .....
- 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……. atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii efectuată conform prevederilor legale in vigoare
- Cerere de solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr…….,
- Structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, pe cele două compartimente: compartimentul de asistenţă medicală de urgenţă şi transport medical asistat şi compartimentul de consultaţii de urgenţă şi transport neasistat
- Lista personalul angajat:

Medici:
1) Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Specialitatea .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
2) .....
Asistenţi 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 intervenţie din dotare:

Ambulanţe tip C1:
1) Model / Număr de înmatriculare……
2) .....

Ambulanţe tip C2:
1) Model / Număr de înmatriculare……
2) .....

Ambulanţe tip B1:
1) Model / Număr de înmatriculare……
2) ……..
Ambulanţe tip B2:
1) Model / Număr de înmatriculare……
2) ……
Ambulanţe tip A1:
1) Model / Număr de înmatriculare……
2) ……..
Ambulanţe tip A2:
1) Model / Număr de înmatriculare……
2) ……

Autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă 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 echivalenţi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural ……
- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanţelor, emise conform prevederilor legale în vigoare

ANEXA 24

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respiraţie +
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 şi 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 şi educarea asiguratului/aparţinătorilor

10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: schimbarea poziţiei, 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 şi instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea**) de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbţia urinei***)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea un plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilităţii, a capacităţii de auto-îngrijire, a riscului de apariţie al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriţionale şi recomandarea dietei şi modul de administrare, implementarea intervenţiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem şi contenţie elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicaţie prin nebulizare
33	Aspiraţie gastrică
34	Aspiraţie căi respiratorii

*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.
**) Pentru pacienţii parţial sau total dependenţi.
***) Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi pentru asiguraţii parţial sau total dependenţi.
NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 – 34 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, 27-34 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

ANEXA 25

CONDIŢIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile 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 şi evaluate în condiţiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie şi spitalele, 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, ţinând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de gradul de dependenţă al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor**,** aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 la ordin, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi gradul de dependenţă al acestuia**.**

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de familie recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asiguraţii cu afecţiuni oncologice sau AVC. În funcţie de gradul de dependenţă, bolnavul poate fi**:**

a) total dependent - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activităţi zilnice de bază fără ajutorul altei persoane şi are nevoie de îngrijire medicală;

b) parţial dependent - pacientul care nu poate îndeplini cel puţin două activităţi zilnice de bază fără ajutorul altei persoane şi din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;

c) independent - pacientul care îndeplineşte activităţile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, datorită afecţiunii cronice acutizate, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu: îngrijirea stomelor, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii şi tratament parenteral.

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 se obţine înmulţind 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 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse şi costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).

Fiecare episod nou de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia 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 / episod zilnic de îngrijiri 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;

- durata medie a episoadelor de îngrijiri medicale de îngrijiri la domiciliu efectuate cu încadrarea în prevederile alin. (3), nu poate depaşi 70% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu in ultimile 11 luni.

(5) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie 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, medicii de familie şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi 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 şi evaluate în condiţiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alţii decât medicii de familie şi spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru 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 funcţionării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înţelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative, asistenţi medicali absolvenţi ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calităţii serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezenţa unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical şi cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât şi pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate poate funcţiona şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuţi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor eligibili. Sunt consideraţi asiguraţi eligibili pacienţii cu afecţiuni oncologice şi HIV / SIDA cu speranţă limitată de viaţă şi cu grad parţial sau total de dependenţă.

(4) Gradele de dependenţă sunt definite la art. 1, alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialităţi oncologie şi boli infecţioase, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27.

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 obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse şi costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia 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 şi asistentul medical care funcţionează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului sau cel puţin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în Anexa nr.27 B.

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).
- durata medie a episoadelor de îngrijiri paliative efectuate cu încadrarea în prevederile art. 5, alin. (3), nu poate depaşi 80% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

În situaţia 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 doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie 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 (2).

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. 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, soţ/soţie, 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 evidenţă 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 obţinerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul, însoţită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea 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 ataşează

recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primite, într-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinaţie. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare gradul de dependenţă al asiguratului şi numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depăşească 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 şi motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării şi, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinaţie. Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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, soţ/soţie, 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 şi evoluţia stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul 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 relaţie contractuală factura lunară însoţită de copiile fişelor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu şi desfăşurătorul în luna următoare celei pentru care se face decontarea, pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii de ingrijiri 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 în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform normelor, lunar în limita celui aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu valabil la data emiterii deciziei.

Art.10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor 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 asiguraţi

(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de dependenţă stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat 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.

(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 30 zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART.11 În situaţia în care, un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi 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 şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia 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 şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 26

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu

I**. Părţile contractante**

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin: .....

Persoana fizică / juridică .....având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/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 condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. **Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/** îngrijiri paliative la domiciliu **furnizate**

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliul**/** îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

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 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

V. **Obligaţiile părţilor**

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi să actualizeze permanent această lista în funcţie 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 însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu şi de desfăşurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu realizate, raportate şi validate conform normelor;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu asupra condiţiilor de contractare, a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu asupra condiţiilor de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice schimbare în modul de acordare a acestora, prin corespondenţă pe suport hârtie sau electronică sau prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, după caz;

e) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

f) să recupereze de la furnizorii servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu care au acordat servicii din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, sume reprezentând contravaloarea acestor servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

B. Obligaţiile 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 obligaţii:

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 asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi a normelor de aplicare ale acesteia;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

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 însoţită de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 şi a şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;-

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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 asiguraţilor fără nicio discriminare;

k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru; numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

l) să acorde asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului

Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

n) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medicii de familie aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare ale Contractului-cadru. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu nu pot fi reprezentanţi legali, angajaţi, asociaţi sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu;

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire recomandată –pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

p) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia;

q) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale şi îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea şi să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

u) să respecte programul de lucru prevăzut în prezentul contract.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tarif pe caz. Prin tarif pe caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative, recomandate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi (vizită) cu numărul de zile de îngrijiri. Pentru îngrijiri medicale la domiciliu tariful pe zi este ……. lei şi tariful pe zi pentru îngrijiri paliative este …….. lei. Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

(3) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor 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 asiguraţi.

(4) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de dependenţă stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia.

ART. 9 Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate în primele 5 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul .....

VII. **Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale 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 obligaţiilor 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 de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. **Clauză specială**

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

X. **Încetarea, rezilierea şi 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 situaţii:

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;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei de funcţionare, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile 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 dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m), n), o), p), q), t), precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), i), j), k), s).

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), f), g), i) şi s), cât şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. g), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

1. la prima constatare, cu 10%;
2. la a doua constatare cu 20%;
3. la a treia constatare cu 30%.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(3) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

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 din următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii pentru autorizaţia de funcţionare, respectiv pentru dovada de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 zile calendaristice de la data încetării valabilităţii acesteia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, 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 termenelor de plată a contribuţiei la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condiţiile stabilite prin norme.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 16 lit. b) - c) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare calendaristice din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi 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. Părţile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau, după caz, de către instanţele de judecată.

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	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,

.....

Vizat

Juridic, contencios

.....

ANEXA

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 dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- Certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale nr. ..... /actul de înfiinţare sau organizare nr. .....
- Autorizaţie de funcţionare nr. .....
- Dovada de evaluare nr. .....,
- Cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau
- Cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) .....,

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr…….. atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii
- Cerere de solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr…….,
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista personalului angajat şi programul de lucru:

1. Medic

1.1 Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Specialitatea:.....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru/zi .....ore

1.2. Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Specialitatea:.....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru/zi .....ore

……

2. Asistent medical

2.1 Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Program de lucru/zi .....ore

2.2 Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Program de lucru/zi .....ore

……

3. Alte categorii de personal:

3.1 Nume ..... Prenume .....
Ocupaţie…….
Cod numeric personal .....
Program de lucru/zi .....ore

3.2 Nume ..... Prenume .....
Ocupaţie…….
Cod numeric personal .....
Program de lucru/zi .....ore

……

ANEXA 27 A

- Model -

Casa de Asigurări de Sănătate ……..

Decizia nr. …… din data …….

Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate …….

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. ……. pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale

de sănatate pe anul …… precum şi prevederile Ordinului nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănatate pentru anul …… ;

Văzând cererea nr. ……. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate …….. în data de …… depusă de beneficiar, nume şi prenume …… sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) …… beneficiar domiciliat în ……CNP……. 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/medicul de specialitate din spital, dr. …….., din unitatea sanitară …….., gradul de dependenţă al asiguratului……, declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui – director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr…….

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, pentru numitul …… .

Art. 2. Tariful pe o zi de îngrijire suportat de către Casa de Asigurări de Sănătate ……. este: ……lei

Art. 3. Prezenta decizie are o valabilitate de 30 de zile calendaristice 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.

Dată astăzi …….. . Viza juridic - contencios

Preşedinte-Director General, Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAŢI ÎN RELAŢIE 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		
…		

ANEXA 27 B
- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE
PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu……..
Nr. Contract ……..încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate……..
Numele şi prenumele asiguratului…….
CNP asigurat……..
Diagnostic medical ……...
Diagnostic boli asociate……..

Evaluăre iniţială			Problema (actuală/potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator(*	Data la care urmează a se efectua serviciile	Data efectuării serviciilor	Nume prenume persoana care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	Nume prenume evaluator	Semnătura evaluator							
Reevaluare			Problema (actuală/potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator(*	Data la care urmează a se efectua serviciile	Data efectuării serviciilor	Nume prenume persoana care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluării
Data	Nume prenume evaluator	Semnătura evaluator							

*)Se vor înscrie servicii de îngrijiri paliative conform Anexei nr.24

ANEXA 27 C
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistenta medicală primară(* unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate :
.....
5. gradul de dependenţă (**.....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:
(din anexa nr. 24 la ordin) periodicitate/ritmicitate(***
a) ....
b) ....
c) ....
d) ....
– 7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu(****:
.....
8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie

Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistenţa medicală primară

Data .... Data .....

Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat

Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/ medicului de familie

....

--*) numai pentru –îngrijiri medicale la domiciliu---------
**) gradul de dependenţă minim pentru a beneficia de îngrijiri paliative este 3
***) se completează numai pentru îngrijiri medicale la domiciliu
****) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire) pentru îngrijirile medicale la domiciliu şi nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viaţă pentru îngrijiri paliative la domiciliu

ANEXA 28

CONDIŢIILE
acordării asistenţei medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii şi modalitatea de plată a acesteia

ART. 1 (1) Suma negociată şi contractată de sanatoriile/secţiile sanatoriale din spitale, pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare şi de preventoriile cu sau fără personalitate juridică cu casele de asigurări de sănătate se stabileşte pe baza următorilor indicatori specifici:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, şi preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate conform legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii unităţii de recuperare-reabilitare prin ordin al ministrului sănătăţii;

c) nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii;

d) număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor;

e) durata de spitalizare optimă sau, după caz, durata efectiv realizată; pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă se va lua în calcul durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă.

f) tariful pe zi de spitalizare;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2009.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, şi preventoriile, precum şi suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti pentru secţiile sanatoriale se stabileşte prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

a) numărul de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare sanatoriu/preventoriu în funcţie de particularităţile aferente fiecăruia.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată şi decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuţia personală a asiguraţilor.

Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, în funcţie de tipul de asistenţă balneară şi de durata tratamentului:

Tipul de asistenţă balneară	Durata*)	Contribuţia asiguratului
1. Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asiguraţi. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale şi pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform aceloraşi procente. Contribuţia asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon

fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuţie, şi reprezintă venit propriu al unităţii sanitare.

Pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii nu se percepe contribuţie din partea asiguraţilor.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi 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 şi cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinaţia servicii medicale de recuperare-reabilitare în unităţi sanitare cu paturi.

ART. 3 Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiţionat şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilită prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile şi preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav, în condiţiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare şi a preventoriilor şi se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii şi preventorii pe trimestre şi luni, cu acordul direcţiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcţie de subordonare, şi 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, in baza facturii si a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in 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 şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate, în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoţite 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 şi secţiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se fac în condiţiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare-reabilitare pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de recuperare-reabilitare a sănătăţii, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare-reabilitare, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 9 Furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ANEXA 29

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătăţii (pentru sanatorii şi preventorii)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general.....

şi

Sanatoriul/Preventoriul/Secţia sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ~~Publice~~ ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii ~~Publice~~ secţii sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil……., e-mail..... fax ..... reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

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

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii în sanatorii şi preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare-reabilitare de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262 /2010

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie

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-reabilitare, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;. în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat şi condiţiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propie răspundere.

ART. 6 Furnizorul are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 şi normele de aplicare a acesteia;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare; factura ~~va fi~~ este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/ 2010 şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate,

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare-reabilitare, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al directiei de sanatate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcţiei de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintrecondiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să utilizeze formularul de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu şi fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

l) să asigure acordarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament,

m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în norme;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/ 2010 şi ale normelor de aplicare a acestuia;

q)să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

t) să asigure acordarea serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ţ) să încaseze sumele reprezentand fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - prescripţie medicală, cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

v) sa recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de presciere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinaţie şi conform unui buget orientativ în condiţiile stabilite prin norme;

w) să acorde servicii medicale asiguraţilor numai pe bază de bilet de trimitere, care este formular cu regim special utilizat 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 relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală este un document tipizat care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare negociat diferenţiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de ..... lei este suma negociată diminuată cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistenţă 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
Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere					

medicală)					
Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secţiile sanatoriale din spitale şi preventorii este de ..... şi se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat ..... şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, prevăzute în prezentul contract, atrage diminuarea valorii de contract după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară;

(4) Reţinerea sumei conform alin. (3) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

(5) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (3) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8 (1) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

(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 asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurari 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi 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 şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa 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 şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare

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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al unităţii sanitare de recuperare-reabilitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

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

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 18 şi art. 20 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi de recuperare-reabilitare.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare- reabilitare sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

ART. 17 Situaţiile prevăzute la art. 15 alin.(1) şi la art. 16 lit. b) şi c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 18 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 19 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 20 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală de recuperare-reabilitare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

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	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţiei contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	

Anexa la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătăţii (pentru sanatorii şi preventorii) nr……

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătăţii (pentru sanatorii şi preventorii), depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea in relatie contractuala cu casa de asiguari de sanatate nr. ….,
- actul de înfiinţare sau de organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,

- autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ...../raportul de inspecţie eliberat de direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege,
- dovada de evaluare nr. ...../.....,
- 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 atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului) .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurari sociale de sanatate si a contribuţiei pentru concedii si indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.....,,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- autorizaţia de libera practica pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,
- copia documentului care atesta gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercita profesia la furnizor,
- copia actului de identitate al reprezentantului legal, al medicilor şi asistenţilor medicali,
- programul de activitate al medicilor si al personalului sanitar mediu angajat,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,
- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform Anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010
- indicatorii specifici stabiliţi prin Norme,
- indicatorii de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari, după caz,

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ŞI DECONTARE a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ

ART. 1 (1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală, precum şi unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ se acordă

în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripţia medicală este document cu regim special şi se întocmeşte în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul şi o copie) se depun de asigurat la farmacie şi al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripţia. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ştersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris.

Medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie

Medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti ce sunt finanţate din bugetul de stat, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

(4) Prescripţiile medicale aferente medicamentelor fără contribuţie personală se eliberează în următoarele situaţii:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide şi lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţi de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum şi o declaraţie 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 fişa medicală a pensionarului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei şi va anexa la fişa medicală declaraţia dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecţiuni acute, de 8 - 10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice, cu excepţia bolnavilor cuprinşi în unele programe naţionale de sănătate pentru care perioada de prescriere a medicamentelor poate fi de până la 90 de zile în conformitate cu prevederile hotărârii de guvern pentru aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anul 2010 şi a normelor tehnice de realizare a acestora.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluşi în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă 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 consecinţă a actului medical prestat de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale şi menţionată pe prescripţie sub rubrica aferentă CNP-ului. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(3) Prescripţia medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicaţia pentru maximum 30 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripţia medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecţiunile acute şi subacute prescripţia medicală este valabilă maximum 48 de ore.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 iar pentru bolnavii incluşi în subprogramele din cadrul programului naţional cu scop curativ finanţate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, numărul medicamentelor prescrise este în concordanţă cu schema terapeutică. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre şi litere.

ART. 4 (1) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competenţelor legale pe care le au şi în concordanţă cu diagnosticul menţionat pe formularul de prescripţie medicală emis.

Excepţie fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici în următoarele situaţii:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relaţie 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 preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Prescrierea medicamentelor antidiabetice orale de către medicii de familie şi medicii desemnaţi se face numai dacă în scrisoarea medicală este prevăzut numărul de înregistrare al asiguratului, cu care acesta este luat în evidenţă la nivelul unităţii judeţene de diabet zaharat, în conformitate cu tratamentul prescris de medicul specialist şi evidenţiat în scrisoarea medicală.

Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraţilor, la externare, medicamente în limita specialităţii şi a consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în foaia de observaţie.

ART. 6 Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7(1) Eliberarea medicamentelor şi a materialelor sanitare se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care farmacia respectivă are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul prescriptor. In situaţia in care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de medicamente cu cel puţin un furnizor de medicamente într-un judeţ, respectiv în Municipiul Bucureşti, medicul care a eliberat prescripţia trebuie să se afle în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de medicamente să se afle în relaţie contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.
Primitorul semnează de primirea medicamentelor şi a materialelor sanitare pe prescripţia medicală, pe care se menţionează numele, prenumele, adresa completă, seria şi numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente şi/sau materiale sanitare cuprinse în prescripţia medicală, acestea se anulează în faţa primitorului pe toate exemplarele prescripţiei medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentul care dă preţul de referinţă în cadrul denumirii comune internaţionale prescrise de medic şi numai cu acordul asiguratului eliberează orice alte medicamente din cadrul aceleiaşi DCI, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială.

(3) Înscrierea preţurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate, pe toate exemplarele prescripţiei medicale.

(4) Farmacistul notează preţurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament şi sumele ce reprezintă contribuţia personală a asiguratului, pe care le totalizează, precum şi preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru materialele sanitare.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A şi B asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepţia medicamentelor şi materialelor sanitare acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate pentru care sunt stabilite preţuri de decontare.

ART. 8 Prescripţiile cu destinaţie pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosinţă pediatrică, conform indicaţiilor producătorului de medicamente, cu excepţia cazurilor justificate în care vârsta şi 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 internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază

asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele şi materialele sanitare din cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ, care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102, alin. (3) din contractul-cadru pentru anul 2010, pentru care se completează prescripţii distincte. Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor şi a materialelor sanitare din cadrul programelor naţionale de sănătate care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice**:** a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102, alin. (3) din contractul-cadru pentru anul 2010, pentru care se completează prescripţii distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripţiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(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, evidenţiate distinct pentru medicamente şi pentru materiale sanitare.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Eliberarea medicamentelor şi a materialelor sanitare din cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ prevăzute în Hotărârea de Guvern pentru aprobarea programelor naţionale de sănătate în anul 2010 care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, se face prin farmaciile care intră în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate şi care încheie în acest sens acte adiţionale distincte la contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

Actele adiţionale se adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu precum şi a

unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, in luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele şi/sau materialele sanitare pana la data prevazută in contractul de furnizare de medicamente si/sau materiale sanitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripţiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestuia.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăţilor efectuate.

ART.14 (1) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul naţional al preţurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piaţă (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de WEB a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro şi se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuţie personală, în conformitate cu prevederile art. 97 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

b) trimestrial ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea listei de medicamente - denumiri comerciale şi a preţurilor maximale;

c) în situaţia în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piaţă şi care a obţinut aprobarea Ministerului Sănătăţii pentru un preţ de vânzare cu amănuntul mai mic decât preţul de vânzare cu amănuntul al medicamentului care dă preţul de referinţă în cadrul aceluiaşi DCI; această condiţie se aplică numai dacă deţinătorul de aprobare de punere pe piaţă a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puţin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2009 şi are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancţiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condiţiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripţia medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea şi decontarea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală din partea asiguraţilor se fac în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

ART.16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcţiona comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale ale

medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare

Comisiile vor fi constituite din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate, direcţiei de sănătate publică şi ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul şef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului şef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate şi de direcţia de sănătate publică;
- un medic reprezentant al direcţiei de sănătate publică ;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului şef 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:

- stabileşte criteriile de includere/excludere în/din tratament şi aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de aşteptare (unde nu există protocoale la nivel naţional) şi punerea în aplicare a acestora în activitatea desfăşurată;
- pentru bolile la care există protocoale la nivel naţional prin care se aplică criterii de prioritizare întocmeşte listele de aşteptare, dacă este cazul.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziţia fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi trataţi, în funcţie de sumele aprobate şi costul mediu pe pacient;
- pacienţii aflaţi în tratament şi tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări şi a perioadei pentru care au primit ultima aprobare).

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3) , în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naţionale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3).

(3) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei „bun de plată” de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor şi a borderourilor centralizatoare.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală din partea asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 31

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Societatea comercială farmaceutică ....., reprezentată prin .....

Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon…….fax ..... e-mail……., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....,

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală precum şi a unor materiale sanitare specifice, în tratamentul ambulatoriu

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, reglementărilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010/2010, precum şi a reglementărilor normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru şi a reglementărilor normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate în anul 2010.

ART. 3 Furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii comerciale:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/ judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/ judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/ judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist ..... .

NOTĂ:

Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligaţiile părţilor:

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripţii medicale care nu conţin toate datele, dar numai pentru afecţiuni acute şi dacă se poate identifica medicul, asiguratul şi dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecţiune acută. În această situaţie casele de asigurări de sănătate atenţionează medicii care prescriu reţete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora, şi încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripţie medicală la care s-au constatat astfel de deficienţe;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie consum de

medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală, precum şi a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente unor programe naţionale de sănătate a căror eliberare se face prin farmaciile cu circuit deschis, la termenele prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

d) să urmărească lunar evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun;

e) să aducă la cunoştinţă furnizorilor de servicii medicale şi asiguraţilor cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât şi pentru cele cuprinse în sublista B, precum şi cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secţiunea C1 şi mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secţiunea C3; în această situaţie asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 103 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

f) să informeze furnizorii de medicamente cu privire la condiţiile de contractare şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative;

g) să afişeze pe site, zilnic cât şi pentru prima, respectiv a doua jumătate a fiecărei luni, la datele de 15 şi 30/31 ale lunii respective, contravaloarea medicamentelor eliberate de fiecare farmacie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relaţie contractuală, raportate de farmacii conform datelor din macheta prevăzută în Anexa 30 bis;

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relaţiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi;

i) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de medicamente procesele-verbale şi/sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

j) să organizeze trimestrial sau ori de câte ori este nevoie împreună cu direcţia de sănătate publică întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţia personală din partea asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Casa de asigurări va informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi va stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

1) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamente la preţ de referinţă şi la preţ de decontare;

2) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 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; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 48 de ore, cu materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

3) să practice o evidenţă de gestiune cantitativ valorică, corectă şi la zi;

4) să verifice prescripţiile medicale în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ de către casele de asigurări de sănătate;

5) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale referitoare la numărul de medicamente şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic; să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale pentru materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ;

6) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

7) să întocmească şi să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ: factură, borderou centralizator, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele şi materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor de la pct. 24;

8) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi modul de eliberare a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în condiţiile reglementărilor legale în vigoare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripţie medicală, în lipsa acesteia;

9) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

10) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale;

11) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului adoptat prin Decizia Adunării generale naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009, în relaţiile cu asiguraţii;

12) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

13) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract sau convenţie în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale eliberate în situaţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. În situaţia în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului nu au încheiat contract de furnizare de medicamente cu cel puţin un furnizor de medicamente într-un judeţ, respectiv în Municipiul Bucureşti, medicul care a eliberat prescripţia trebuie să se afle în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, iar furnizorul de medicamente să se afle în relaţie contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

14) să anuleze DCI-urile/medicamentele şi/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe toate exemplarele prescripţiei medicale, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

15) să nu elibereze medicamentele şi materialele sanitare din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

16) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu

care furnizorul se află în relaţie contractuală; să afişeze la loc vizibil în farmacie, pentru informarea asiguraţilor, numărul de telefon Tel - Verde al casei de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relaţie contractuală;

17) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

18) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

19) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ;

20) să elibereze medicamentul care dă preţul de referinţă în cadrul denumirii comune internaţionale prescrise de medic şi, numai cu acordul asiguratului, sa elibereze alte medicamente din cadrul aceleiaşi denumiri comune internaţionale, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială, în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

21) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

22) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

23) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;

24) să transmită caselor de asigurări de sănătate în format electronic, medicamentele şi materialele sanitare eliberate conform machetei şi la termenele prevăzute în Anexa 30 bis la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

25) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei, excepţie făcând situaţiile prevăzute la art. 101 lit. c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

26) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune.

VI. Modalităţi de plată:

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora. În situaţia în care în acelaşi formular de prescripţie se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele şi materialele sanitare din cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, pentru care se completează prescripţii distincte.

Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

ART. 9 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.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate şi prevăzut în prezentul contract, suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) cu 10% la prima constatare;

b) cu 20% la a doua constatare;

c) cu 30% la a treia constatare.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 1), 2), 5), 7), 10), 11), 12), 14), 16), 18), 19), 20) şi 24), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10% ;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

Pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 2) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3) , în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naţionale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3).

(3) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei „bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor şi a borderourilor centralizatoare.

ART. 12 Plata se face în:

a) contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăţilor.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 şi suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie 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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau al expirării termenului de valabilitate a acesteia;

e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/ oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii 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 distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii medicale privind eliberarea de medicamente şi/sau materiale sanitare 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) în cazul nerespectării prevederilor de la art. 7 pct. 3, 6, 8, 13, 15, 17, 21, 22, 23 şi 25.

i) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 24 şi 26; pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 2 nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

j) în cazul refuzului furnizorului de medicamente de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

k) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuţie personală şi/sau a materialelor sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/ oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

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

ART. 18 **(1)** Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii dovezii de evaluare, respectiv suspendarea autorizaţiei de funcţionare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii dovezii de evaluare, respectiv de la data suspendării autorizaţiei de funcţionare;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatarii de catre casele de asigurări de sănătate din evidentele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de catre acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante, până la data la care contravaloarea acestor medicamente atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 19 (1) Pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficinele locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. f), g) şi h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 6, 13 şi 22, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 18 şi condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 7 şi 24, se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/ oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 şi 18 referitoare la condiţiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societăţii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(2) În situaţia în care prin farmaciile/ oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de

sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală şi/sau materiale sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile comerciale respective pentru toate farmaciile/ oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 lit. b) - d) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 lit. a) şi e) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa:

ART. 21 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi 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. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor:

ART. 25 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie 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 Preşedinte - director general, ...	FURNIZOR DE MEDICAMENTE ŞI MATERIALE SANITARE Reprezentant legal, ...

Director executiv al Direcţiei
economice,
.....

Director executiv al Direcţiei
relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios

Anexă la contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, precum şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate
nr……..

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de **medicamente cu şi fără contribuţie personală** în tratamentul ambulatoriu, precum şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. ……,

- certificat de înmatriculate la Registrul comerţului nr. ..... sau actul de înfiinţare……,

- contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,

- cod de înregistrare fiscală – cod unic de înregistrare nr. .....,

- autorizaţie de funcţionare nr. ....., eliberată de .....,

- dovada de evaluare nr. .....,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul farmaceutic - farmacişti şi asistenţi de farmacie cu valabilitate pe toată perioada derulării contractului nr. .....,

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare……..,

- program de lucru atât pentru farmacii cât şi pentru oficinele locale de distribuţie

- lista personalului de specialitate angajat şi programul de lucru al acestuia

- autorizaţie de liberă practică (farmacişti şi asistenţi farmacie) sau certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor din România

ANEXA 32

PACHET SERVICII DE BAZĂ

LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză auditivă	Retroauriculară/Intraauriculară	5 ani	919,11
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani	1.048,96
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an	849,90
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an	378,32
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an	1496,25

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialişti 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	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăţi)	241,76
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăţi)	181,17

	B. Sistem stomic cu doua componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/lună	192,33
		b) pentru urostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/lună	301,11

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.
**) Un set de referinţă este alcătuit din 4 flanşe suport şi 15 saci colectori. În situaţii speciale, la recomandarea medicului specialist, componenţa setului de referinţă poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set de referinţă.
NOTĂ:
1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.
2. Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialişti, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie
3. Pentru asiguraţii cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialişti, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinenţă urinară

NR. CRT.	**DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL**	**TIPUL**	**TERMEN DE ÎNLOCUIRE**	**PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/SET**
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăţi)	117,13
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăţi)	16,08
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăţi)	24,63
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăţi)	900,00
5				**LEI/BUC.**

	Benzi intravaginale pentru incontinenţă urinară			**1363,72**

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	**DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL**	**TIPUL**	**TERMEN DE ÎNLOCUIRE**	**PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.**
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Proteză parţială de picior	a) LISEFRANC	2 ani	1.634,69
		b) CHOPART	2 ani	1.746,71
		c) PIROGOFF	2 ani	1.891,86
2	Proteză pentru dezarticulaţia de glezină	SYME	2 ani	2.012,67
3	Proteză de gambă	a) convenţională, din material plastic, cu contact total	2 ani	2.358,41
		b) convenţională, din piele	2 ani	1.940,84
		c) geriatrică	2 ani	2.368,18
		d) modulară	4 ani	2.417,53
4	Proteză pentru dezarticulaţia de genunchi	modulară	4 ani	5.048,56
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani	1.359,01
		b) combinată	2 ani	2.293,08
		c) din plastic	2 ani	2.449,20
		d) cu vacuum	2 ani	2.989,26
		e) geriatrică	2 ani	2.711,54
		f) modulară	4 ani	4.405,99

		g) modulară cu vacuum	4 ani	4.501,94
6	Proteză de şold	a) convenţională	2 ani	2.442,56
		b) modulară	4 ani	6.987,12
7	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	2 ani	3.228,34
		b) modulară	4 ani	6.981,64

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 şi de proteză provizorie.
2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută 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 acelaşi 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	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani	1.386,17
		b) funcţională	2 ani	1.807,34
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani	2451,39
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	2911,27
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	3754,23
		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani	3754,23
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani	2449,03
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	2801,49
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	3578,17
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani	3.578,17

		e) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani	3.578,17
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani	4.352,76
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	3.743,11
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	4.902,69
		d) funcţională atipic electric	8 ani	4.902,69
		e) funcţională mioelectrică	8 ani	4.902,69
5	Proteza de braţ	a) funcţională simplă	2 ani	3.576,86
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	4.550,69
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	4.752,60
		d) funcţională atipic electric	8 ani	4.752,60
		e) funcţională mioelectrică	8 ani	4.752,60
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani	4.766,64
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	4.688,87
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	5.503,05
		d) funcţională atipic electric	8 ani	5.503,05
		e) funcţională mioelectrică	8 ani	5.503,05
7	Proteză pentru amputaţie inter-scapulo - toracică	a) funcţională simplă	2 ani	4.629,65
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	5.470,06
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	5.253,83
		d) funcţională atipic electric	8 ani	5.253,83

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 acelaşi 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	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Baston		3 ani	40,14
2	Baston	cu trei / patru picioare	3 ani	82,38
3	Carjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an	43,17
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani	87,79
		c) cu sprijin pe antebraţ metalică	3 ani	49,34
4	Cadru de mers		3 ani	169,05
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată		PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani	1.268,95
		b) triciclu pentru copii	3 ani	1.482,90
		perioadă determinată		SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
		a) cu antrenare manuală		34,90
		b) triciclu pentru copii		54,77

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 şi 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 vertebrala

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni	69,90
		b) Philadelphia / Minerva	12 luni	221,91
		c) Schanz	12 luni	63,37

2	Orteze cervicotoracice		12 luni	117,92
3	Orteze toracice		12 luni	202,52
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni	232,86
		a) corset Cheneau	12 luni	1.069,14
		b) corset Boston	12 luni	1.084,15
		c) corset Euroboston	12 luni	1.131,13
		d) corset Hessing	12 luni	241,73
		e) corset de hiperextensie	12 luni	1.135,61
		f) corset Lyonnais	12 luni	1.268,75
		g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni	1190,74
5	Orteze lombosacrale		12 luni	130,11
		lombostat	12 luni	136,04
6	Orteze sacro - iliace		12 luni	112,70
7	Orteze cervicotoracolombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani	1.613,60
		b) corset Milwaukee	12 luni	1.359,56

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**	**PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.**
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Orteze de deget		12 luni	97,69
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni	89,72
		b) dinamică	12 luni	112,94
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	141,27
		b) dinamică	12 luni	88,63
4	Orteze de încheietura mâinii - mână	fixă/mobilă	12 luni	137,86

	- deget			
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni	176,76
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni	477,51
7	Orteze de umăr		12 luni	259,57
8	Orteze de umăr - cot		12 luni	340,84
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	1.106,37
		b) dinamică	12 luni	2.515,98

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 acelaşi 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**	**PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.**
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Orteze de picior		12 luni	321,90
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni	171,10
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni	511,32
		b) mobilă	12 luni	509,36
		c) Balant	2 ani	655,53
4	Orteze de genunchi - gleznă – picior		12 luni	823,50
		a) Gambier cu scurtare	2 ani	260,96
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani	359,75
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani	1.264,52
5	Orteze de şold		12 luni	1.834,68
6	Orteze şold - genunchi		12 luni	1.960,99

7	Orteze de şold - genunchi - gleznă - picior		12 luni	1.848,09
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani	1.748,70
		b) Hessing (aparat)	2 ani	727,13
8	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*	111,25
		b) de abducţie	*	69,29
		c) Dr. Fettwies	*	1.727,30
		d) Dr.Behrens	*	1.113,97
		e) Becker	*	86,71
		f) Dr. Bernau	*	627,85
9	Orteze corectoare de statică a piciorului			**LEI/PERECHE**
		a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni	47,16
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni	59,54
		c) Pes Var/Valg	12 luni	228,54
		d) Hallux-Valgus	12 luni	**LEI/BUC.**
				105,97

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) şi 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 acelaşi tip (stânga-dreapta), cu excepţia celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4

H. Încălţăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/PERECHE
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**

1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	225,28
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni	282,24
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	219,24
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni	219,24
		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	229,39
		f) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	285,02
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	248,86
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	307,87
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	288,17
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	348,62
2	Pantofi	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	191,67
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni	235,81
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	196,87
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	249,95
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	239,55
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	287,56
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	233,75

		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	289,01

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălţăminte 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 deficienţe vizuale

NR. CRT.	**DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL**	**TIPUL**	**TERMEN DE ÎNLOCUIRE**	**PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.**
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Lentile intraoculare *	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară		284,85

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puţin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	**DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL**	**TIPUL**	**TERMEN DE ÎNLOCUIRE**	**SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ**
C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen***)**			159,52

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere;

ANEXA 33

MODALITATEA
de prescriere, procurare şi decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal.

(2) Prescripţia medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoţeşte cererea şi se depune la casa de asigurări de sănătate şi 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. Prescripţia medicală trebuie să conţină denumirea şi tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa 32 la ordin. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului.

Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor.

(3) Prescripţia medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoţită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale autorizat şi evaluat care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului.

(4) Prescripţia medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoţită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, dupa o interventie chirurgicala, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situaţie medicul care face recomandarea va menţiona pe prescripţia medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situaţii speciale, pentru acelaşi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât şi proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii, în cazul pacienţilor cu stome permanente, medicul va menţiona pe prescripţia medicală "stomă permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate unde este în evidenţă şi asiguratul, în baza scrisorii medicale transmisă de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală, se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta.

(8) În prescripţia medicală se va menţiona obligatoriu că deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obţinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie~~i~~ (părinte, soţ/soţie, 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 evidenţele căreia se află asiguratul, însoţită de un document justificativ

care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripţia medicală pentru dispozitivul medical şi declaraţia pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională 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 ataşează prescripţia medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi certificatul de naştere (în copie), cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor

(2) Prescripţiile medicale îşi 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 prescripţiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situaţia pacienţilor cu stome permanente pentru obţinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea "stomă 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 şi motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării şi, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinaţie. Decizia se expediază prin poştă în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situaţia în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinaţie permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripţiei medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în Anexa 35.

(3) Criteriile de prioritate precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia, precum şi de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraţilor, în condiţiile art.118 alin.(2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G.nr.262/2010.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical şi se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poştă, şi un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este însoţită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripţia 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 acelaşi tip de proteză

pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie şi 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 asiguraţilor 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 depăşi data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate şi furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive şi numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoţită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripţia 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 excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (5) şi (8). În cazul dispozitivului medical la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înştiinţează 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, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluaţi, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripţia medicală.

(2) Pentru pacienţii 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 prescripţia medicală cu menţiunea "stomă permanentă", este necesară obţinerea unei alte prescripţii medicale cu menţiunea "stomă permanentă" care să însoţească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoţită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficienţelor organice sau funcţionale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde preţurile de referinţă şi sumele de închiriere pentru dispozitivele medicale care se acordă pe o perioadă determinată prin închiriere precum şi 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 preţului de referinţă 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 însoţită de: copia certificatului de garanţie, declaraţia de conformitate pentru dispozitivele efectuate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către acelaşi furnizor-de servicii medicale sau de dispozitive medicale-autorizat şi evaluat, care a efectuat audiograma iniţială pentru stabilirea diagnosticului. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, şi de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa şi talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, şi dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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, soţ/soţie, 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, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă 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, soţ/soţie, 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 şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la

termen/înainte de termen să anunţe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8 (1) Certificatul de garanţie 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 fabricaţiei şi, după caz, data expirării; termenul de garanţie.

(2) În cadrul termenului de garanţie asiguraţii pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficienţe ale a 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 şi suportată de către furnizor.

ANEXA 34
- model -

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

I. PĂRŢILE CONTRACTANTE

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....
şi
Furnizorul de dispozitive medicale ....., prin reprezentantul legal ..... sau împuternicitul legal al acestuia…….., după caz,

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. DISPOZITIVE MEDICALE FURNIZATE

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi constau în:

a) .....;
b) .....;
c) ..... .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri şi tipuri.

IV. DURATA CONTRACTULUI

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.
ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

V. OBLIGAŢIILE PĂRŢILOR

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluaţi, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia şi 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 şi punctul de lucru din judeţul respectiv, pentru informarea asiguratului;
b) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor aditionale.
c) să informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare şi de negociere a clauzelor contractuale;
d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat; modelul de decizie pentru aprobarea procurării / închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în Anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.
e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical şi 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 relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social şi punctul de lucru din judeţul respectiv, pentru informarea asiguratului;
f) să respecte dreptul asiguratului de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;
g) să asigure efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoţesc;
h) să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înţelege furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale;

B. Obligaţiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligaţii:
a) să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului şi să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care deţin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare 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 condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere, preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale pentru care nu sunt calculate preţuri de referinţă/sume de închiriere, însoţite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz, şi care trebuie să fie aceleaşi cu cele din lista preţurilor de vânzare cu amănuntul/sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

h) să emită, în vederea decontării, facturile însoţite de: copia certificatului de garanţie, declaraţia de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către ~~un~~ acelaşi furnizor autorizat şi evaluat, care a efectuat audiograma iniţială pentru stabilirea diagnosticului, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, fotoliile rulante şi aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

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

j) să anunţe 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 Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii

l) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor.

m) să întocmească evidenţe distincte ale pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari~~lor~~ ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza

Regulamentului CEE nr. 1.408/1971, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

n) să întocmească evidenţe distincte ale pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum şi documentele care au deschis dreptul la servicii medicale.

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind autorizarea, evaluarea şi certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative.

VI. MODALITĂŢI DE PLATĂ

ART. 7 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

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul de vânzare cu amănuntul cel mai mic. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical, preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în

relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme a acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează pentru închirierea dispozitivului medical, suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme, respectiv suma de închiriere, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme.

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 preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor. Factura emisă de furnizor este însoţită de copia certificatului de garanţie, declaraţia de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate după protezare auditivă de către acelaşi furnizor autorizat şi evaluat care a efectuat audiograma iniţială pentru stabilirea diagnosticului. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa şi talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical şi dovada verificării tehnice.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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, soţ/soţie, 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, dupa o interventie chirurgicala, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă 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, soţ/soţie, 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 şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(7) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate publicat pe pagina web a acesteia, precum şi de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraţilor.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau contul nr. ..... deschis la Banca ....., la data de .....

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de maximum 30 de zile de la data depunerii documentelor necesare în vederea decontării.

VII. RĂSPUNDEREA CONTRACTUALĂ

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

VIII. CLAUZĂ SPECIALĂ

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

IX. ÎNCETAREA, REZILIEREA ŞI 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 situaţii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare 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, respectiv de la încetarea valabilităţii;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) nerespectarea obligaţiilor contractuale prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k), l);

e) la a patra constatare a nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) şi j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative şi cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind decontarea din Fond;

g) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, de la data constatarii de catre casele de asigurari de sanatate din evidentele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de catre acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

d) încetarea valabilităţii pentru dovada de evaluare, respectiv retragerea avizului de funcţionare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea / dobândirea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii / retragerii acesteia/acestuia;

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante, până la data la

care contravaloarea acestor dispozitive medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi art. 15 lit. a) - c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţia prevăzută de art. 15 lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 18(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) şi j), suma cuvenita pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate in conditiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale in vigoare.

X. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi 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. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate conform alin. (1) sunt de competenţa Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanţelor de judecată.

XIII. Alte clauze:

……..
……..

Prezentul contract de furnizare de dispozitive medicale 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 FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE

Preşedinte - director general, Reprezentant legal,

....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA
la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu nr……

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate şi certificate pentru conformitate cu originalul, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înfiinţare nr…….. conform prevederilor legale în vigoare.
- Codul unic de înregistrare nr. .....,
- Certificat de înscriere de menţiuni, cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....,
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr. ...../data .....,
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. ...../data .....,
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz .....,
- Avizul de funcţionare şi/sau certificatul de înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătăţii,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr. ....., valabilă la data încheierii contractului, atât pentru personalul medico-sanitar cât şi pentru furnizor,
- Lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Dovada plăţii contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Programul de lucru:
  - sediul social (după caz)…….
  - punctul de lucru……..
- Cerere de solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr……
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz
- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal / împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia

ANEXA 35
- model -

Casa de Asigurări de Sănătate ……..

Decizia nr. …… din data …….

Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate …….

Având în vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănatate pe anul 2010 precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănatate pentru anul 2010;

Văzând cererea nr. ……. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate …….. în data de …… depusă de beneficiar, nume şi prenume …… sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) …… beneficiar domiciliat în ……CNP……. actul nr. …….. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripţia medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale eliberată de medicul specialist dr. …….., din unitatea sanitară …….., declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui – director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr…….

DECIDE

Art. 1. Se aprobă procurarea / închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale

…….
……..…
pe o perioadă de …….. termen de înlocuire de …..……..….. pentru numitul …… .
Art. 2. Preţul de referinţă/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.

Dată azi…….. .

Preşedinte-Director General,

Viza juridic - contencios

Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAŢI AFLAŢI ÎN RELAŢIE 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		
…		

ANEXA 35A
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ŞI INCONTINENŢĂ URINARĂ NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ştampila 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 aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poştă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume şi prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35B
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ŞI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ştampila 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 aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume şi prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 36
- model -

CONVENŢIE*)
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, formulare cu regim special, unice pe ţară

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general ....., şi

Medicul (nume, prenume) ..... CNP ..... cod parafă ..... Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în vederea recunoaşterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învăţământ respectivă

b) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituţionalizate;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredinţaţi ori daţi în plasament;

d) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

f) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap;

d) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

e) medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

b) medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pentru radiografie dentară retroalveolară şi panoramică, pentru elevi, respectiv studenţi.

(4) Prin medicii/medicii dentişti din cabinete şcolare şi studenţeşti menţionaţi la alin. (1), (2) şi (3) se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, care sunt finanţate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze medicii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţiile medicale paraclinice şi/sau prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfăşurare a activităţii ce face obiectul prezentei convenţii;

c) să ţină evidenţe distincte ale formularelor de prescripţii medicale cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenţii, precum şi a prescripţiilor medicale eliberate de aceştia;

d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din sistemul informatic unic integrat;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii;

f) să monitorizeze lunar investigaţiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau care eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie 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 investigaţii medicale paraclinice şi/sau a eliberării prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

f) să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanţă cu diagnosticul;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiţii:

- medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti prescriu medicamente în caz de urgenţă medicală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă; -medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie;

- medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, conform specializării şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale

clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, potrivit prezentei convenţii;

e) constatarea de abuzuri sau prescrieri nejustificare de medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu şi ale unor materiale sanitare, inclusiv fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) medicul nu mai desfăşoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

b) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul care a încheiat convenţia;

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 doreşte încetarea convenţiei;

f) a survenit decesul medicului;

g) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. b), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

Casa de Asigurări de Sănătate
Preşedinte - director general, ... Medic.....

Vizat
Juridic, contencios şi aplicare acorduri internaţionale.....

*) Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală.

Pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pentru medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor de urgenţă ce sunt finanţate din bugetul de stat, modelul de convenţie se va adapta în sensul încheierii convenţiei între casa de asigurări de sănătate şi unitatea sanitară în care îşi desfăşoară activitatea medicii din structurile anterior menţionate.

Pentru medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti finanţate de la bugetul de stat, convenţia se încheie între casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi.

Medicii menţionaţi în prezenta anexă, încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 37
- model –

CONVENŢIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti (recomandare de internare), formular cu regim special unic pe ţară

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,
şi
- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., având actul de înfiinţare sau de organizare nr. ....., autorizaţia sanitară de funcţionare nr. ....., dovada de evaluare nr. ....., codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenţiei nr. .....

- Cabinet de medicina muncii…….. reprezentată prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală şi staţionar de zi care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

c) medicii din cabinete medicale de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

d) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia 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 parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/ Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze spitalele şi unităţile medico-sociale cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitaliceşti acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii din unităţile medico-sociale şi de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Unităţile medico-sociale şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie 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 ~~în~~ următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti; în situaţia în care convenţia cu unitatea medico-socială/spitalul se încheie pentru mai mulţi medici, ridicarea de către organele de drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenţiei, ci doar la excluderea din convenţie a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării;

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

b) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz;

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

d) acordul de voinţă al părţilor;

e) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 doreşte încetarea convenţiei.

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

Casa de Asigurări de Sănătate Preşedinte - director general,	Unitatea medico-socială / Unitate sanitară cu paturi / Cabinet de medicina muncii Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unităţile medico-sociale sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi, cabinete medicale de boli infecţioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.

Pentru medicii menţionaţi în prezenta anexă se încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 38

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract / convenţie Nr……
CAS …….

SCRISOARE MEDICALĂ*
- MODEL -

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că……....., născut la data de ....., CNP ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de .....

Motivele prezentarii …….
…….

Diagnosticul:
.....
.....
.....
.....

Anamneza:
.....
- factori de risc . .....
.....

Examen clinic:
- general .....
.....
- local .....
.....

Examene de laborator:
- cu valori normale .....
.....
- cu valori patologice .....
.....

Examene paraclinice:
EKG .....
ECO .....
Rx .....
Altele .....
.....

Tratament efectuat:
.....
.....
.....

Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....
.....

Tratament recomandat: .....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Unitate judeţeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data .....

Semnătura şi parafa medicului

.....

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poştă .....

*) Scrisoarea medicală se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

ANEXA NR. 39 A

LISTA AFECŢIUNILOR CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENŢA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE, MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU *****

A. Afecţiuni incluse în Programele Naţionale de Sănătate:

1. Afecţiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică)
5. Insuficienţa renală cronică în dializă

B. Afectiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

1. Proceduri interventionale percutane după implantarea unui stent (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virala (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)

8. Demenţe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară şi tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronica inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

NOTA:
*În situaţia în care o persoana prezintă mai multe afectiuni incluse in listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte.

** Evidenţa cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate;
*** Evidenţa cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare şi care se prezintă pentru consultaţie la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic;

ANEXA 39 B

Aviz,
Direcţia de Sănătate Publică……..
Director……..
……..
Data……..
……..

Denumirea furnizorului.....
.....
.....
.....

Sediul social / Adresa fiscala.....
.....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM
- model -

punct de lucru ……..…….
..……..

Subsemnatul (a), ...

B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate…….. se desfăşoară astfel:

Locatia unde se desfasoar a activitate	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

** se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent*

Data ..... Reprezentant legal (semnatura si stampila)

.....

ANEXA 39 C

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
Localitatea:……..
str. ..... nr. ...… tel./fax ……..……..

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector / judeţ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale / Registrul Comerţului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ……....., tel./fax ....., cont nr. ..... deschis la .....şi sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector / judeţ ..... , tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea

încetarea

suspendarea

contractului / convenţiei de furnizare de servicii medicale / medicamente / dispozitive ..... cu nr. ..... / ..... începând cu data de ……....., având în vedere: ……. (descrierea pe scurt a situaţiei de fapt) şi în temeiul dispoziţiilor art. nr. ..... din Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, dispoziţiilor art. nr. ..... din Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....