MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 423 / 29.03.2013

Nr. 191/29.03.2013

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

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

în temeiul prevederilor:

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

ministrul sănătății şi preşedintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

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

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

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

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

GHEORGHE -EUGEN NICOLĂESCU

PREŞEDINTELE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

DORU BĂDESCU

ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistența medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) luarea în evidență în primul trimestru;

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

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

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile 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 evidență de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

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

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

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

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) luarea în evidență în primul trimestru;

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

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

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile 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 evidență de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

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

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

E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

F. Servicii medicale curative:

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

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

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

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

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

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

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic şi tratament) se acordă în limita competenței şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în

domeniul sănătății, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

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

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

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

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

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

B. Servicii medicale profilactice/de prevenție:

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

a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;

b) la 1 lună - la domiciliul copilului;

c) la 2 luni;

d) la 4 luni;

e) la 6 luni;

f) la 9 luni;

g) la 12 luni;

h) la 15 luni;

i) la 18 luni;

j) la 24 luni;

k) la 36 luni.

2. Consultații pentru servicii medicale de prevenție:

a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 şi 18 ani;

b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate şi mortalitate;

Controlul medical cuprinde:

- consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);

- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observație;

- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

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

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

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

a) luarea în evidență în primul trimestru;

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

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

NOTA 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 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 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, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

4. 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). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale precum şi bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă fără condiţii de stagiu de cotizare.

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

5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

6. Servicii de promovare a sănătăţii

Educaţie medico-sanitară şi consiliere pentru prevenirea şi combaterea factorilor de risc, precum şi consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute 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 asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau lunar.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, 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.

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

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

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

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

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

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

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice

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

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri.

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

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la casa de asigurări de sănătate;
- raportarea semestrială a modificărilor intervenite/mişcarea semestrială/intrări/ieşiri.

Afecțiunile cronice sunt:

- sindroame poststreptococice la copii;
- cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice;
- digestive: sindrom de malabsorbție;
- de sistem: colagenoze (lupus - copii şi adulți);
- ale aparatului respirator: astm bronşic, bronhopneumopatia cronică obstructivă;
- ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic şi pielonefrită cronică, rinichi polichistic;
- endocrine: distrofii endemice tireopate, guşă (copii şi adulți);
- psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice;
- oftalmologice: glaucom.

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

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

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

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

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

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

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

G. Servicii medicale paraclinice – efectuare şi interpretare

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

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

H. Activități de suport

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

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

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

CAPITOLUL IV Dispoziții finale

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

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

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

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

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

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

ANEXA 2

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

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

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

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

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

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

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

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

În acest sens, medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament şi de persoană instituționalizată;

NOTA 3*): Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător 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 asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

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

4. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie, care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor

medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi şi/sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. E din cap. III din anexa nr. 1 la ordin.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială (oraş, comună)/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiții ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art.

23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, privind numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie.

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

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

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

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele 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 şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008. Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.

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. 4, 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. Pentru cabinetele

medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

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

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

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

a.1 consultație la domiciliu - 15 puncte;

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

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

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

a.4.1 - efectuat la cabinet - 6 puncte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) medicamentele şi, după caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizează prescripția medicală electronică sau formularul de prescripție medicală cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală electronică distinctă;

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

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a

izola 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 poliție şi al autorităților publice locale.

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

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

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

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

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

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru cu cel puțin 1/2 din programul de activitate al medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absență, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenției de reciprocitate 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 calendaristic.

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

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, 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", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, 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, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

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

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

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună) - 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 înscrise 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. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii

medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 10 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de

puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

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

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prevederilor contractului-cadru şi 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 Persoanele înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de înscriere prin transfer, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poştă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fişa medicală în copie certificată prin semnătură şi parafă că este conform cu originalul, prin poştă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fişei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

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 față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului "per capita" şi la valoarea definitivă a punctului pe serviciu stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

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

ART. 14 Casele de asigurări de sănătate şi direcțiile de sănătate publică au obligația 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 asistența 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 îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afişat şi prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

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

medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

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

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

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

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

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

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

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

ANEXA 2 A

CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER
- model -

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

Domnule/Doamnă Doctor,

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

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

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

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

Data: / / **Semnătura:**

Domnului/Doamnei Doctor

---

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

ANEXA 2 B

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

DECLARAȚIE

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

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

.....

NOTĂ:

*1) Pentru cabinetele medicale individuale

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

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

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie

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

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

şi

Cabinetul medical de asistență medicală primară ....., organizat astfel:

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., reprezentată prin .....,
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin .....

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

II. Obiectul contractului

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

III. Servicii medicale furnizate

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

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienții din alte

state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

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

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

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

IV. Durata contractului

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

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați şi evaluați 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 fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama şi de condițiile de desfăşurare a activității în zone izolate, în condiții grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita şi pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" şi per serviciu, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total național de puncte realizate atât "per capita", cât şi pe serviciu, afişat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a persoanelor asigurate de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidență; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului Bucureşti, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti, 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 evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului Bucureşti şi care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului Bucureşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic;

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

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

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

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013;

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

o) să aducă la 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 solicite organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

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

r) să aducă la cunoştinţa persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1) – (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie şi să pună la dispoziţia acestora lista medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a cabinetelor medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

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, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

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

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; înscrierea nou - născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică.

4. să înscrie pe lista proprie gravidele 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 sau a aparţinătorilor legali, precum şi înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

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

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. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer, conform modelului şi condiţiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013;

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

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

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

10. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate 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 asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

29. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma

informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. Modalități de plată

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

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

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

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială (oraş, comună)/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013:

DA/NU .....

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială (oraş, comună)/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiate pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013: de la ..... până la .....

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

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

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

b) cu gradul profesional:

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{(număr de asigurați înscriși - 2.200)}$$

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

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

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

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

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

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

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.
1. Asistent medical
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....
b) Medic de familie
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.
1. Asistent medical
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....
c) .....

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de ..... .

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

(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 funcție de valoarea definitivă a punctului per capita şi a punctului pe serviciu medical.

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

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

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

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

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

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

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

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

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

X. Rezilierea, încetarea 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, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia/acestuia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

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

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

h) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării şi cele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate

conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control.

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

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

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

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

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

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

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

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

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

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

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

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

XI. Corespondența

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

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

XII. Modificarea contractului

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

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

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

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al	
Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

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

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

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a unității sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar,
- lista, pe suport de hârtie şi în format electronic, cu persoanele înscrise 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,
- declaraţie pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformităţii şi valabilităţii acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013,
- lista bolnavilor cu afecţiunile cronice conform evidenţei organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

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 medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 4
- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

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

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

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

II. Obiectul convenției:

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

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.

III. Motivele absenței

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

IV. Locul de desfăşurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, 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 pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate ..... în contul titularului contractului nr. ....., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor ..... lei/lună.
2. Termenul de plată .....
3. Documentul de plată .....

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

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

---

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

ANEXA 5
- model -

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

I. Părțile convenției 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 asistența medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ....., al cărui reprezentant legal este:
.....,
(numele şi prenumele)
având codul numeric personal nr. .....
şi

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

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

III. Motivele absenței:
1. incapacitate temporară de muncă, care 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 funcții de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an .....
5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate .....
6. perioada de rezidențiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate .....
7. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfăşurare a activității
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care îşi desfăşoară 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, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, 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 aferente perioadei de absenţă se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ....., deschis la Banca ..... / Trezoreria statului

2. Pentru punctajul "per capita" şi punctajul pe serviciu, 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
- model -

CONVENȚIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

şi

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

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

II. Obiectul convenției

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

III. Servicii medicale furnizate

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

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

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

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

3. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale,

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

IV. Durata convenției

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

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

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

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

d) să acorde furnizorului de servicii medicale sume care să țină seama şi de condițiile de desfăşurare a activității în zone izolate, în condiții grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

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

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al

preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

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 solicite organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

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

m) să aducă la cunoştinţa persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1) – (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie şi să pună la dispoziţia acestora lista medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a cabinetelor medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

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, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

2. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost 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; înscrierea nou - născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

3. să înscrie pe lista proprie gravidele 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 sau a aparţinătorilor legali precum şi înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

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

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

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, precum şi medicul de medicina muncii, sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. .....

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

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

8. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie medicamentele de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate 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 asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

30. să întocmească bilet de trimitere, către societăți de turism balnear şi de recuperare, şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care se face trimiterea; în situația ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor,

medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor şi va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. Modalități de plată

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

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

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

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

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

a) Medic de familie nou-venit

Numele ....., prenumele .....

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Programul de lucru .....

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

Sporul acordat în raport cu condițiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

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

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte 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

Numele ....., prenumele .....

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Programul de lucru .....

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

Sporul acordat în raport cu condițiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

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

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

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

c) .....

..... .

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

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

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

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (4), se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

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

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

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

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea convenției

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

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia/acestuia;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea convenției, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenției în condițiile art. 13 alin. (1) lit. d) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenția încheiată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării convenției.

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în convenție, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XI. Corespondența

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

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

XII. Modificarea convenției

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....

Director executiv al Direcţiei economice
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .....

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

- cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal -copie BI/CI, după caz- al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii convenţiei,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în convenţie funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii convenţiei;
- 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 precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, 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,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali,
- programul de activitate al cabinetului şi al punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar

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

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

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 medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară şi asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

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

A. Pachetul minimal de servicii medicale

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

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

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

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

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

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

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

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

b) servicii medicale curative:

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

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

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru acelaşi episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;
- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru acelaşi episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2.

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

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

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

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

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

C. Pachetul de servicii medicale de bază

C1. Consultația medicală de specialitate

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

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

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

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului,, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare şi a investigațiilor medicale paraclinice;

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare şi a investigațiilor medicale paraclinice.

C.1.3. Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe țară, 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 activității.

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

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări 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;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

NOTA I: pentru cazurile acute/subacute

1. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:
- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru acelaşi episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;
- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru acelaşi episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

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

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

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

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

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

Consultația pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu se acordă:
- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;
- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore şi scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

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

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

NOTA II: pentru asigurații cu afecțiuni cronice

1. Pentru evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație şi prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.

2. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate,

prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consultațiile de la lit. a – d si f - g din tabelul de mai sus si punctajele aferente sunt corespunzatoare si consultatiilor ce sunt furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătații, pentru care nu este necesar bilet de trimitere. In cadrul acestor consultatii este cuprinsa si interpretarea investigatiilor medicale paraclinice transmise de medicii de familie prin sistemul de telemedicina.

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

I. Specialități clinice:

Nr. crt.	
1.	Alergologie şi imunologie clinică
2.	Boli infecțioase
3.	Cardiologie
4.	Chirurgie cardiovasculară
5.	Chirurgie generală
6.	Chirurgie pediatrică
7.	Chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă
8.	Chirurgie toracică
9.	Dermatovenerologie
10.	Diabet zaharat, nutriție 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.	Reabilitare medicală***) ***)Sunt aplicabile prevederile de la Capitolul IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală
33.	Reumatologie
34.	Urologie
35.	Chirurgie vasculară
36.	Radioterapia*) *) Numai ca şi consultaţie de control, maxim 1 la 3 luni pentru pacienţii care au beneficiat de radioterapie
37.	Chirurgie orală şi maxilo-facială**) **) Nu se raportează în vederea decontării consultaţiile şi serviciile medicale pentru chirurgia dento-alveolară

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

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

2.9.	Tonometrie; pahimetrie corneeană
2.10.	Uretroscopie ambulatorie
2.11.	Determinarea potenţialelor evocate vizuale
2.12.	Determinarea potenţialelor evocate de trunchi cerebral (auditive)
2.13.	Determinarea potenţialelor evocate somatoestezice
2.14.	Bronhoscopia
2.15.	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare şi/sau mapping
2.16.	Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie şi tehnici derivate)
2.17.	Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale şi tehnici derivate
2.18.	Endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden)
2.19.	Video - electroencefalografie
2.20.	EKG continuu (24 ore, Holter)
2.21.	Holter TA
	3. Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale: - punctajul aferent acestor servicii este de 23 puncte/procedură
3.1.	Infiltraţii peridurale
3.2.	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
3.3.	Ablaţia unui polip sau fibrom cervical
3.4.	Bandare varice esofagiene
3.5.	Conizaţia cu ansă diatermică sau cu bisturiul
3.6.	Criocoagularea (crioaplicaţia) conjunctivală - transschelară
3.7.	Cură chirurgicală a othematomului
3.8.	Dilataţia stricturii uretrale
3.9.	Extracţie de corpi străini
3.10.	Extracţie endoscopică corpi străini
3.11.	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
3.12.	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
3.13.	Manevre de mică chirurgie pentru abces şi/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetaţii vulvă, vagin, col
3.14.	Polipectomie endoscopică gastrică
3.15.	Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană
3.16.	Polipectomie endoscopică colonică
3.17.	Secţiunea optică a stricturii uretrale
3.18.	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
3.19.	Terapia chirurgicală a abcesului de părţi moi
3.20.	Terapia chirurgicală a abcesului perianal
3.21.	Terapia chirurgicală a abcesului pilonidal
3.22.	Terapia chirurgicală a adenoflegmonului
3.23.	Terapia chirurgicală a afecţiunilor mamare superficiale
3.24.	Terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
3.25.	Terapia chirurgicală a degerăturilor (gr. I şi gr. II)

3.26.	Terapia chirurgicală a edemului dur posttraumatic
3.27.	Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
3.28.	Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
3.29.	Terapia chirurgicală a flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
3.30.	Terapia chirurgicală a flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
3.31.	Terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei
3.32.	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical
3.33.	Terapia chirurgicală a hematomului
3.34.	Terapia chirurgicală a hidrosadenitei
3.35.	Terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenţi chimici < 10%
3.36.	Terapia chirurgicală a panariţiului eritematos
3.37.	Terapia chirurgicală a panariţiului flictenular
3.38.	Terapia chirurgicală a panariţiului periunghial şi subunghial
3.39.	Terapia chirurgicală a panariţiului antracoid
3.40.	Terapia chirurgicală a panariţiului pulpar
3.41.	Terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval
3.42.	Terapia chirurgicală a piciorului diabetic (polinevrită, supuraţii, microangiopatie)
3.43.	Terapia chirurgicală a polipului rectal procident (extirpare)
3.44.	Terapia chirurgicală a seromului posttraumatic
3.45.	Terapia chirurgicală a supuraţiilor postoperatorii
3.46.	Terapia chirurgicală a supuraţiilor mamare profunde
3.47.	Terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
3.48.	Terapia chirurgicală a tumorii scalpului, simplă
3.49.	Terapia chirurgicală a tumorilor simple ale buzei
3.50.	Tratamentul chirurgical al unor afecţiuni ale anexelor globului ocular (şalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)
3.51.	Tratamentul chirurgical al pingueculei
3.52.	Tratamentul chirurgical al pterigionului
3.53.	Tratamentul hemartrozei, hidartrozei; retuşuri de bont.
3.54.	Tratamentul plăgilor, necroze cutanate, escare, dehiscenţe plăgi
3.55.	Terapie chirurgicală (inclusiv anestezia) pentru leziuni traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine
3.56.	Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).
3.57.	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
3.58.	Tratament chirurgical ORL colecţie: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE
3.59.	Tratament chirurgical al traumatismelor ORL
	4. Servicii terapeutice/tratamente medicale - punctajul aferent acestor servicii este de 13 puncte/procedură

4.1.	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local
4.2.	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală
4.3.	Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
4.4.	Tratament cu laser al polului posterior
4.5.	Tratamentul cu laser al polului anterior
4.6.	Aerosoli/caz
4.7.	Crioterapia/şedinţă
4.8.	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate
4.9.	Psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii, tulburări din spectrul autist);
4.10.	Psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii);
4.11	Consiliere psihiatrică nespecifică pentru pacient
4.12	Blocaje nervi periferici
4.13.	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
4.14	Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenţie completă de urină
4.15	Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule)
4.16	Tamponament posterior şi/sau anterior ORL
	Tratamente ortopedice medicale
4.17	Tratamentul ortopedic al luxaţiei, entorsei sau fracturii antebraţului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.
4.18	Tratamentul ortopedic al entorsei sau luxaţiei patelei, umărului; disjuncţie acromioclaviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară.
4.19	Tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxaţiei, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.
4.20	Tratament în displazia luxantă a şoldului în primele 6 luni de viaţă
4.21	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viaţă
4.22	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.
4.23	Puncţii şi infiltraţii intraartriculare

NOTA 1: Serviciile de la pct. 3 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor cu specialităţi chirurgicale care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialităţii/competenţelor confirmate de Ministerul Sănătăţii.

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

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

C3. 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 privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi

Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 sunt:

a) planificare familială,

b) fitoterapie,

c) homeopatie,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lista serviciilor conexe şi punctele 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)	19 puncte
Psihodiagnostic	19 puncte
a2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
- consiliere (intervenție) logopedie	11 puncte
a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut	
- Kinetoterapie individuală	18 puncte
- Kinetoterapie pe grup	9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale	9 puncte
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
investigarea psihoacustică a vocii	6 puncte
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	9 puncte

b2) serviciile conexe furnizate de logoped: consiliere (intervenţie)	11 puncte
exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă)	9 puncte
c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:	
c1.1.) serviciile conexe furnizate de psiholog: consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică psihodiagnostic	4 puncte
c1.2.) serviciile conexe furnizate de psiholog: terapia cognitiv-comportamentală la copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică	38 puncte
c1.3.) psihodiagnostic	19 puncte
c2) serviciile conexe furnizate de logoped consiliere (intervenţie)	11 puncte
d) serviciile conexe furnizate de psiholog, pentru bolile cronice din anexa 39A litera A şi C: consiliere psihologică (adulţi/copii)	19 puncte
e) Reumatologie	
Servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:	
- Kinetoterapie individuală	18 puncte
- Kinetoterapie pe grup	9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale	9 puncte
f) Ortopedie şi traumatologie / ortopedie pediatrică	
Servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:	
- Kinetoterapie individuală	18 puncte
- Kinetoterapie pe grup	9 puncte
- Kinetoterapie pe aparate speciale	9 puncte

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot efectua ecografii cuprinse în tabelul de la capitolul II 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 nr. 11 la ordin. 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.

NOTA 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.

D. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Elveţia, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, de serviciile prevăzute la cap. I lit. A şi de servicii medicale curative pentru afecţiuni acute/subacute - maxim 2 consultaţii.
Pentru serviciile medicale curative medicii de specialitate pot elibera, după caz, prescripţii medicale, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, bilet de trimitere pentru consultaţie medicală la medicul de specialitate clinică reabilitare medicală din ambulatoriu, costurile acestora fiind suportate din Fondul Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleaşi condiţii ca pentru asiguraţi.

E. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Elveţia, beneficiari ai formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, de serviciile prevăzute la cap. I lit. C

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

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

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
	- Hematologie		
1	2.8070	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
2	2.8030	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
3.	2.8100	VSH*1)	2,45
4.	2.8621	Timp Quick, activitate de protrombină *1)	6,73
5.	2.8603	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
6.	2.3210	Fibrinogenemie *1)	12,75
7.	2.8622	APTT	11,46
8.	2.8211	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1)	7,03
9.	2.8212	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,34
10.	2.8230	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă*1)	7,03
	- Biochimie	- serică şi urinară	
11.	2.1120	Uree serică*1)	5,46
12.	2.1130	Acid uric seric*1)	5,46
13	2.1140	Creatinină serică*1), **)	5,52
14.	2.1510	Calciu ionic seric*1)	7,34
15.	2.1511	Calciu seric total*1)	5,00
16.	2.1570	Magneziemie*1)	5,00
17.	2.8390	Sideremie*1)	6,62
18.	2.1310	Glicemie*1)	5,35
19.	2.1420	Colesterol seric total*1)	5,35
20.	2.1404	Trigliceride serice*1)	6,56
21.	2.1441	HDL colesterol*1)	7,63
22.	2.1443	LDL colesterol *1)	7,17
23.	2.1020	Proteine totale serice*1)	6,56
24.	2.4600	TGO*1)	5,43
25.	2.4610	TGP*1)	5,46
26.	2.4720	Fosfatază alcalină*1)	7,26
27.	2.4680	Gama GT	7,45
28.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,46
29.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,46
30.	2.4961	Electroforeza proteinelor serice *1)	14,16
31.	2.6023	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
32.	2.3450	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
33.	2.2200	Dozare glucoză urinară*1)	5,00
34.	2.2030	Dozare proteine urinare*1)	5,00
	- Imunologie		

35.	2.6250	ASLO*1)	10,70
36.	2.6021	VDRL*1)	5,12
37.	2.6022	RPR*1)	5,12
38.	2.6692	Factor rheumatoid	8,70
39.	2.6691	Proteina C reactivă*1)	9,94
40.	2.6731	IgA, seric	13,76
41.	2.6732	IgE seric	13,32
42.	2.6733	IgM seric	14,07
43.	2.6734	IgG seric	13,76
44.	2430011	Complement seric C3	10,10
45.	2430012	Complement seric C4	10,10
46.	2.6206	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
47.	2.5560	Testare HIV la gravidă*1)	31,02
48.	2.4060	TSH *1)	19,10
49.	2.4040	FT4*1)	19,41
50.	2.6392	Ag HBs (screening)*2)	29,03
51.	2.6201	Anti-HAV IgM*2)	38,19
52.	2.6204	Anti HCV*2)	60,48
53.	2.4321	FSH	22,20
54.	2.4322	LH	22,20
55.	2.4300	Cortizol	25,97
56.	2.4332	Progesteron	23,59
57.	2.4331	Prolactină	23,59
58.	2.43135	PSA -	21,50
59.	2.43136	free PSA	22,00
	- Exudat faringian		
60.	2.5061	Cultură*1)	9,75
61.	2.5301	Antibiogramă*5)	11,4
	- Analize de urină		
62.	2.5063	Urocultură*1)	9,75
63.	2.5303	Antibiograma *5)	11,4
	- Examene materii fecale		
64.	2.7120	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
65	2.5064	Coprocultură*1)	9,75
66.	2.5304	Antibiogramă *5)	11,4
	- Examene din secreţii vaginale		
67.	2.5002	Examen microscopic	4,50
68.	2.9160	Examen Babeş-Papanicolau*1)	36,67
69.	2.5065	Cultură	9,75
70.	2.5305	Antibiogramă *5)	11,4
	- Examene din secreţii uretrale, otice, nazale, conjunctivale şi puroi		
71.	2.5032	Examen microscopic/probă	4,50
72.	2.5066	Cultură	9,75
73.	2.5306	Antibiograma*5)	11,4
	- Examen lichid puncţie		
74.	2.5033	Examen microscopic/frotiu	4,50
75.	2.5067	Cultură	9,75
76.	2.5307	Antibiograma*5)	11,4
	- Examinări histopatologice		
77.	2.9000	Piesă prelucrată la parafină	28,57
78.	2.9021	Bloc inclus la parafină cu histopatologic	37,58
79.	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
80.	2.9010	Examen histopatologic cu colorații speciale	115,80
81.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50

82.	2.9023	Citodiagnostic secreție vaginală	30,50
83.	2.9024	Examen citohormonal	28,27
84.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	30,50
85.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
		- Examinări radiologie, imagistică medicală şi explorări funcționale	
86.		Ex. radiologic cranian standard 1 incidență*1)	11,96
87.		Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței *1)	32,44
88.		Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	30,82
89.		Radiografie de membre *1)	29,52
90.		Ex. radiologic centură scapulară*1)	15.90
91.		Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)	29,18
92.		Ex. radiologic părți coloană dorsală*1)	39,02
93.		Ex. radiologic părți coloană lombară*1)	39,02
94.		Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1)	32,63
95.		Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidență*1)	28,69
96.		Ex. radiologic torace ansamblu*1)	25,08
97.		Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace şi organe toracice*1)	24,76
98.		Tomografia plană	52,15
99.		Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	15,41
100.		Ex. radiologic esofag ca serviciu independent	20,67
101.		Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	46,91
102.		Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast *1)	71,50
103.		Ex. radiologic colon dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală	82,82
104.		Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	44,76
105.		Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	188,99
106.		Cistografie de reflux cu substanță de contrast	237,95
107.		Pielografie	229,57
108.		Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	188,09
109.		Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	191,05
110.		Ex. radiologic uter şi oviduct cu substanță de contrast	259,73
111.		Radiografie retroalveolară	14,06
112.		Radiografie panoramică	25,08
113.		Osteodensitometrie segmentară/segment	24,00
114.		Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
115.		CT craniu fără substanță de contrast	87,72
116.		CT regiune gât fără substanță de contrast	87,24
117.		CT regiune toracică fără substanță de contrast	112,49
118.		CT abdomen fără substanță de contrast	113,33
119.		CT pelvis fără substanță de contrast	88,38
120.		CT coloană vertebrală fără substanță de contrast/segment	47,06
121.		CT membre/membru fără substanță de contrast	41,01
122.		CT craniu nativ şi cu substanță de contrast	258,61
123.		CT regiune gât nativ şi cu substanță de contrast	258,29
124.		CT regiune toracică nativ şi cu substanță de contrast	280,42
125.		CT abdomen nativ şi cu substanță de contrast adm. intravenos	265,37
126.		CT pelvis nativ şi cu substanță de contrast adm. intravenos	265,65
127.		CT coloană vertebrală nativ şi cu substanță de contrast adm. intravenos/segment	263,21
128.		CT membre nativ şi cu substanță de contrast adm. intravenos/membru	264,51

129.	CT ureche internă	200,00
130.	Uro CT	250,00
131.	Angiografie CT membre	250,00
132.	Angiografie CT craniu	250,00
133.	Angiografie CT regiune cervicală	250,00
134.	Angiografie CT abdomen	250,00
135.	Angiografie CT pelvis	250,00
136.	Angiocoronarografie CT	500,00
137.	Colonoscopie virtuală CT	250,00
138.	Bronhoscopie virtuală CT	200,00
139.	RMN cranio-cerebral nativ	300,93
140.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
141.	RMN abdominal nativ	300,93
142.	RMN pelvin nativ	300,93
143.	RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
144.	RMN umăr nativ	300,93
145.	RMN sâni nativ	300,93
146.	RMN umăr nativ şi cu subst. de contrast	471,46
147.	RMN sâni nativ şi cu subst. de contrast	471,46
148.	RMN cranio-cerebral nativ şi cu subst. de contrast	471,46
149.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
150.	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
151.	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
152.	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
153.	RMN cord cu substanţă de contrast	471,46
154.	Uro RMN cu substanţă de contrast	625,00
155.	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	201,95
156.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	201,95
157.	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
158.	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast	262,05
159.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	25,00
160.	Ecografie abdomen*1)	17,38
161.	Ecografie pelvis*1)	16,76
162.	Ecografie transvaginală	16,76
163.	Ecografie de vase (vene)	16,39
164.	Ecografie de vase (artere)	19,69
165.	Ecografie endocrină *1)	16,39
166.	Ecografie obstetricală	22,57
167.	Ecografie transfontanelară	22,57
168.	Ecografie de organ/articulaţie/părţi moi	16,39
169.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	250,00
170.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	60,13
171.	Senologie imagistică - ecografie	16,39
172.	Ecocardiografie	27,38
173.	Ecocardiografie + Doppler	34,44
174.	Ecocardiografie + Doppler color	36,25
175.	Ecocardiografie transesofagiană	60,13
176.	EKG*1)	7,12
177.	Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
178.	Holter TA	23,20
179.	Mamografie în 2 planuri*1)/pentru un sân	27,56
180.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanţă de contrast	188,85
181.	Spirometrie*1)	14,30

182.	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	15,00
183.	Peak-flowmetrie	2,63
184.	Determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț*1)	5,42
185.	EEG standard	15,00
186.	Electromiografie	17,39
187.	Ergometrie	24,12
188.	Monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice	180,00
189.	PET – CT*6)	4.000,00

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

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

NOTA 1:

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

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie pentru contacții 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 în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

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

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

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

NOTA 2:

Filmele radiologice şi substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3:

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

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

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

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTA 5:

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

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

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

NOTA 6:

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

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

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

Pentru efectuarea investigațiilor CT şi RMN prevăzute la pct. 3 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului şi dotărilor necesare pentru perioada de pre şi post anestezie, precum şi dovada relației de

muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fişa de solicitare este însoțită 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.

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

NOTA 7:

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

NOTA 8:

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

1 - pentru examene din secreții uretrale

2 - pentru examene din secreții otice

3 - pentru examene din secreții nazale

4 - pentru examene din secreții conjunctivale

5 - pentru examene din secreții - puroi

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

NOTA 9:

Serviciul medical de la poziția 68 este examen citologic.

NOTA 10:

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

NOTA 11:

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

NOTA 12:

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

NOTA 13:

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

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive 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	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor

			0 - 18 ani			speciale (NOTA 7)
1.	Consultaţie					
1.1*)	Consultaţie (inclusiv modelul de studiu)	36	100%			100%
	*) Se efectuează o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru un asigurat					
2.	Tratamentul cariei simple					
2.1	Tratamentul cariei simple cu materiale fizionomice	72	100%			100%
2.2	Tratamentul cariei simple cu materiale nefizionomice	60	100%			100%
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare					
3.1	Tratamentul afecţiunilor pulpare la dinţii monoradiculari	60	100%			100%
3.2	Tratamentul afecţiunilor pulpare la dinţii pluriradiculari	90	100%			100%
3.3	Tratamentul gangrenei pulpare la dinţii monoradiculari	72	100%			100%
3.4	Tratamentul gangrenei pulpare la dinţii pluriradiculari	96	100%			100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale					
4.1	Tratamentul parodontitelor apicale la dinţii monoradiculari	72	100%	100%		100%
4.2	Tratamentul parodontitelor apicale la dinţii pluriradiculari	96	100%	100%		100%
5	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului marginal					
5.1	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului marginal	72	100%	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare					
6.1	Anestezia prin infiltraţie	24	100%			100%
6.2	Extracţia la dinţii temporari	15	100%			100%
6.3	Extracţia la dinţii permanenţi monoradiculari	48	100%	60%		100%
6.4	Extracţia la dinţii permanenţi pluriradiculari	60	100%	60%		100%
6.5	Extracţia prin alveolotomie/ alveoloplastie	132	100%	60%		100%
6.6*)	Chiuretaj alveolar	30	100%			100%
6.7	Tratamentul hemoragiei şi alveolitei	36	100%	100%		100%
6.8	Decapuşonarea	36	100%	100%		100%
6.9	Tratament de urgenţă a plăgilor OMF	90	100%	100%		100%
6.10	Imobilizarea luxaţiei dentare	30	100%	100%		100%
6.11	Imobilizarea în cazul fracturilor	60	100%	100%		100%
6.12	Reducerea luxaţiei ATM	48	100%	100%		100%
6.13	Control post-operator	18	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*)	Proteza acrilică	600		60%	100%
7.2	Reparaţie proteză	60		100%	100%
7.3	Element acrilic	60	100%	60%	100%
7.4	Element metalo-acrilic	90	100%	60%	100%
7.5	Reconstituire coroană radiculară	60	100%	60%	100%
	*) Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Decondiţionarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiţie infantilă, respiraţie orală) prin plăcuţă, vestibulo-orală şi scut lingual	360	100%		
8.2*)	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbiţă şi capelină	420	100%		
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciţii cu spatula/şedinţă	15	100%		
8.4*)	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale	600	100%		
8.5	Şlefuirea în scop ortodontic/dinte	15	100%		
8.6*)	Reparaţie aparat ortodontic	300	100%	100%	
8.7	Menţinătoare de spaţiu mobile	360	100%		
8.8*)	Activare aparat ortodontic/şedinţă	30	100%		
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) ţin numai de competenţa medicilor de specialitate în ortodonţie şi ortopedie dento-facială.				
9.	Activităţi profilactice				
9.1*)	Fluorizare/arcadă	60	100%		100%
9.2**)	Sigilare/dinte	60	100%		100%
9.3	Detartraj/periaj	30	100%		100%
9.4	Control oncologic	36	100%	100%	100%
9.5	Pansament calmant/drenaj endodontic	30	100%	100%	100%
	*) o procedură decontată la 6 luni **) o procedură decontată la 2 ani Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicină dentară se acordă trimestrial, iar pentru tinerii în vârstă de 18 - 26 de ani, dacă sunt elevi, 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 excepția celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menționate în notă.

NOTA 2: Codurile pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt următoarele:
4.1, 4.2, 5.1, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 7.2, 8.6, 9.5

NOTA 3: Competența pentru dentişti este pentru codurile:
1.1, 2.1, 2.2, 9.1, 9.2, 9.3, 9.5.

NOTA 4: Formula dentară:
Dinți permanenți
11 incisiv medial dreapta sus
12 incisiv lateral dreapta sus
13 canin dreapta sus
14 primul premolar dreapta sus
15 al doilea premolar dreapta sus
16 primul molar dreapta sus
17 al doilea molar dreapta sus
18 al treilea molar dreapta sus
21 incisiv medial stânga sus
22 incisiv lateral stânga sus
23 canin stânga sus
24 primul premolar stânga sus
25 al doilea premolar stânga sus
26 primul molar stânga sus
27 al doilea molar stânga sus
28 al treilea molar stânga sus
31 incisiv medial stânga jos
32 incisiv lateral stânga jos
33 canin stânga jos
34 primul premolar stânga jos
35 al doilea premolar stânga jos
36 primul molar stânga jos
37 al doilea molar stânga jos
38 al treilea molar stânga jos
41 incisiv medial dreapta jos
42 incisiv lateral dreapta jos
43 canin dreapta jos
44 primul premolar dreapta jos
45 al doilea premolar dreapta jos
46 primul molar dreapta jos
47 al doilea molar dreapta jos
48 al treilea molar dreapta jos
Dinți temporari
51 - incisiv medial dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - molar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv medial stânga sus
62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - molar stânga sus
65 - molar stânga sus
71 - incisiv medial stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos

73 - canin stânga jos
74 - molar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv medial dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - molar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

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

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea şi recomandarea explorărilor necesare 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;
- bilanțul articular anatomic şi funcțional, bilanțul muscular, bilanțul global gestual şi întocmirea planului de recuperare;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi de recuperare, prescrierea tratamentului medical igieno-dietetic şi fizical, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice generale şi specifice balneoclimatice - 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 Sănătății conform legislației în vigoare.

1.2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații; fiecare cură de tratament recomandată trebuie să fie precedată de o consultație, într-un interval de la consultație, la momentul începerii curei, ce nu poate depăşi 30 de zile calendaristice. Casele de asigurări de sănătate pot deconta o a doua consultație în timpul curei sau la finalul fiecărei cure la un interval ce nu poate să depăşească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

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

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

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

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

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

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

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

PROCEDURI INCLUSE, DUPĂ CAZ, ÎN CURA DE TRATAMENT

1.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenți diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenți interferențiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenți de înaltă frecvență pulsatilă
11.	Ultrasunet
12.	Combinație de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13.	Magnetoterapie
14.	Laser-terapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenți cu impulsuri rectangulare
18.	Curenți cu impulsuri exponențiale
19.	Contracția izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcțională
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duş subacval
24.	Aplicații cu parafină
25.	Băi sau pensulații cu parafină
26.	Masaj regional

27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizaţie cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie parţială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracţiuni vertebrale şi articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulaţii periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon şi bule
42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parţială cu nămol
47.	Aplicaţie de unde de şoc extracorporeale
48.	Aplicaţia de oscilaţii profunde
49.	Speleoterapia/salinoterapia

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

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

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

NOTA I:

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

Costurile investigaţiilor paraclinice recomandate şi al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, în aceleaşi condiţii ca pentru asiguraţi.

NOTA II:

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

NOTA III:

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

ANEXA 8

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

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

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

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

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează activități conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizori de 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 consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, fitoterapie, homeopatie, planificare familială nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

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

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

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

d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații;

În situația în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale creşte sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depăşeşte nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultații şi servicii medicale contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceştia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăşi 40 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui care le prestează, reprezentând consultații şi/sau servicii, după caz.

Pentru desfăşurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii conexe.

Pentru desfăşurarea activității, furnizorul de servicii conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii conexe.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001 şi după caz organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea şi funcționarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate şi tipul de servicii conexe conform anexei nr. 7 la ordin şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004.

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

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

a) condițiile în care se desfăşoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

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

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie 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 țară şi este în valoare de 1,7 lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical astfel obținută este valabilă şi pentru serviciile medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitaliceşti şi nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Numărul de puncte luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct pe serviciu, nu include numărul de puncte aferent serviciilor medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitaliceşti.

(6) Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se defalchează pe trimestre.

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

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârşitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care

s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice confirmate, prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate şi validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile 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 către:

- un furnizor de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale),
- un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti),
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)
- un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

a) numărul de investigații paraclinice;

b) tarifele aferente acestora prevăzute în anexa nr. 7 la ordin;

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii şi monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen şi pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică) şi casele de asigurări de sănătate se stabileşte în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - explorări funcționale, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere diversitatea serviciilor medicale paraclinice propuse pentru contractare reflectată în tipul de aparate aflate în dotare.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional. Pentru situațiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații şi cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinație.

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

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional şi se repartizează proporțional în funcție de consumul

mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea şi în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală într-o lună şi de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale într-o lună - se redistribuie furnizorilor care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecție şi contractare prevăzute în prezentele norme, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, precum şi servicii medicale paraclinice - explorări funcționale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depăşire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 10 şi 11 la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale şi furnizorii aduc la cunoştința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de investigații paraclinice şi conduce la rezilierea contractului.

(8) În situația în care, în structura unui furnizor de servicii medicale paraclinice, există laborator/punct de lucru organizat ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi, casa de asigurări de sănătate încheie pentru acestea un act adițional la contractul de furnizare de servicii paraclinice încheiat cu furnizorul respectiv. Actul adițional se adaptează după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, iar contractarea şi decontarea serviciilor medicale paraclinice realizate în baza actului adițional se suportă din fondul alocat asistenței medicale spitaliceşti.

În situația în care furnizorul de servicii medicale paraclinice, are în structură laborator/laboratoare şi/sau punct/puncte de lucru organizat/organizate numai ca urmare a procedurii de externalizare sau prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi, casa de asigurări de sănătate încheie cu acesta un contract de furnizare de servicii medicale paraclinice, iar contractarea şi decontarea serviciilor medicale paraclinice realizate în baza contractului se suportă din fondul alocat asistenței medicale spitaliceşti.

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice, furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie şi de medicină internă serviciul "monitorizarea şi managementul hemodinamic

prin metoda bioimpedanței toracice" cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condițiile prevăzute la Nota 1 şi Nota 3 de la finalul lit. C a capitolului I din anexa nr. 7 la ordin, la tarife prevăzute în aceeaşi anexă.

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

Aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice. În acest sens furnizorii încheie acte adiționale cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmeşte în trei exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul şi bolile de nutriție precum şi cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice specifice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării şi data programării, semnătura şi ştampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa şi de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere îşi pierde valabilitatea. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul celor două exemplare ale biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

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

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigațiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere îşi pierde valabilitatea, cu excepția biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

Investigațiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat precum şi în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigații medicale paraclinice - dacă pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnată declarația asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepția investigațiilor medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital şi în declarația

pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

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

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

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

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

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță care se întocmeşte în 3 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea, unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract cu ocazia raportării lunare a activității. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară.

ART. 10 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive şi a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile medicale de medicină dentară pentru care se încasează contribuție personală din partea asiguratului şi condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;

b) numărul de medici de medicină dentară şi dentişti care intră în relații 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 obținut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;

d) suma stabilită conform lit. c), se ajustează în funcție de programul de activitate, având în vedere volumul serviciilor de medicină dentară contractate;

e) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), respectiv lit. d), după caz, se majorează cu 50%.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

În situații justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depăşire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

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

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

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

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse şi cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat şi pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unitățile ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care îşi desfăşoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor şi instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională şi autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/cazuri pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultații, respectiv tariful pe consultație de 20 lei şi numărul de servicii medicale-cazuri, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. La stabilirea numărului de cazuri se are în vedere o durată medie de 10 zile de tratament pe caz şi un număr mediu de 4 proceduri pe zi.

Suma contractată se stabileşte conform anexei nr. 8 F şi se defalchează pe trimestre şi pe luni, ținându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, conform prevederilor din anexa nr. 8 F la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale şi furnizorii aduc la cunoştința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate asiguraților de la data semnării actului adițional şi se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea şi în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate clinică reabilitare medicală pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, dacă este cazul.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale - consultații şi a numărului de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele:

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

b) serviciile medicale - cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru un număr mediu de 10 zile de tratament şi o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an calendaristic, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale. Pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 – 16 ani, casele de asigurări de sănătate decontează 4 cure pe an calendaristic.

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații şi numărului de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații şi numărul de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării şi administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinația de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultații şi numărul de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecție şi contractare prevăzute în prezentele norme, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale - consultații şi numărul de cazuri de recuperare - reabilitare a sănătății numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii din spital, aflați în

relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilit de medicul de specialitate clinică reabilitare medicală.

(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale - consultații;

b) numărul de cazuri finalizate de recuperare - reabilitare a sănătății realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare - reabilitare a sănătății raportate în luna respectivă;

(10) În situația în care o cură de tratament se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament întreruptă se consideră o cură finalizată.

ART. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei şi numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

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

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

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

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații şi cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate şi a numărului de consultații de acupunctură şi a tarifelor pe cură respectiv pe consultație, 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.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8.5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații de acupunctură şi cazurilor - cure de acupunctură.

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare - reabilitare a sănătății 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 în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

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

ART. 16 (1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală, paraclinice şi de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care serviciile au fost acordate persoanele beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situație, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul/codul unic de asigurare, numărul şi seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripției medicale.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajați numai medici şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiştii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal;

medicii de specialitate din specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală acupunctură, homeopatie, fitoterapie, planificare familială şi de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/ formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice specialitatea clinică reabilitare medicală, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum şi servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

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

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice şi de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie şi fitoterapie numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialități, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru

afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A la ordin şi serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.
Biletul de trimitere pentru alte specialități este formular cu regim special, unic pe țară, care se 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, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie şi fitoterapie. Furnizorul de servicii medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie şi fitoterapie, păstrează un exemplar şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie şi fitoterapie au obligația 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 relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, de recuperare - reabilitare a sănătății, acupunctură, homeopatie şi fitoterapie acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate şi direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum 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 îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 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: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cod unic de asigurare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: M/F
Adresa: .....
Diagnostic: .....
Data luării în evidenţă: .....
Comorbidităţi: .....
Factori de risc: .....
Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigaţii paraclinice

Tip investigaţie	Data programării	Data realizării

Recomandări:
- Tratament igieno-dietetic
.....
.....
- Tratament medicamentos
.....
.....
- Alte recomandări
.....
.....

Data completării Semnătura, parafa şi ştampila
....

ANEXA 8 B
- model -

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....

Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se 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, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti

_
|_| Casa de Asigurări de Sănătate .....

Data
.....

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

ANEXA 8 C
- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății.....

Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătăți şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti

Data
.....

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

ANEXA 8 D
- **model** -

Furnizor de investigații medicale paraclinice de

radiologie-imagistică medicală .....
Punct de lucru*1) .....

PERSONAL MEDICO-SANITAR
MEDICI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Valoare
E - Nr. contract
F - Tip contract
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*)
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR			Asigurare de răspundere civilă			Contract**)				
			Serie şi nr.	A	B		Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafă	G	H	I

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

Total medici =

OPERATORI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Tip de activitate**)
B - Data eliberării
C - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociaţie profesională			Contract**)			Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
			Serie şi nr.	B	C		Nr. contract	Tip contract				

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

Total operatori =

ASISTENŢI MEDICALI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Nr. contract
E - Tip contract

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă	Contract**)		Program de lucru	Specialitatea/ Competenţa
			Serie şi nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenţi medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

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

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

---

*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila .....

Data întocmirii .....

- model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1) .....

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Nr. contract
D - Tip contract
E - Program de lucru
F - Cod parafă
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*)
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	Certificat membru CMR/CMDR			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)						
			Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I

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

ASISTENŢI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		
			Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru

Total asistenţi medicali de laborator =

CHIMIŞTI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Contract**)				
			Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru	Cod parafă (după caz)	C

Total chimişti =

BIOLOGI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIŞTI

Total biochimişti =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.
**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular şi pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor
Reprezentant legal: .....
Nume şi prenume, semnătura, ştampila: .....
Data întocmirii: .....

ANEXA 8 F

CRITERII
privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății şi repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății în ambulatoriu

CAP. I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați şi evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare – reabilitare a sănătății pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului şi al bazei de tratament este acoperită prin prezența unui medic de specialitate reabilitare medicală.

CAP. II La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 50%
B. Evaluarea resurselor umane 50%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății sunt obligați să facă dovada deținerii legale a 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 cabinetului sunt aceleaşi cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența şi deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă numărul de canale şi numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare, conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.

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

Fac excepție furnizorii de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spațiu şi aceleaşi echipamente specifice deținute şi/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, şi într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanție şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru

dispozitivele medicale „second hand” din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1 Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

- Aparate cu 1 canal şi vechime 1 - 10 ani = 16 puncte/aparat
- Aparate cu 2 canale şi vechime 1 - 10 ani = 24 puncte/aparat
- Aparate cu 3 canale şi vechime 1 - 10 ani = 28 puncte/aparat
- Aparate cu 4 canale şi vechime 1 - 10 ani = 32 puncte/aparat
- Combină de terapie fizicală şi vechime 1 - 10 ani = 20 puncte/combină
- Cada de hidroterapie - vechime 1 - 10 ani = 10 puncte/1 cadă

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/ aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE: .....

NOTA 1:

Numărul de 2, 3 sau 4 canale ale unui aparat reprezintă posibilitatea pentru efectuarea terapiei la 2, 3, respectiv 4 pacienți în acelaşi timp.

NOTA 2:

La contractare, furnizorul va depune o notă de fundamentare privind:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform fişelor tehnice ale aparatelor.

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programul de lucru de către asistentul medical care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, cu modificările şi completările ulterioare.

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mic decât cel prevăzut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se înmulțeşte cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) şi numărul de proceduri de la lit. a).

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mare decât cel prevăzut la lit. a), se acordă punctajul aferent lit. A.1.

A.2 Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafața utilă a sălii este între 8 - 15 mp şi dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea şi funcționarea cabinetelor medicale = 20 puncte
- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp şi dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea şi funcționarea cabinetelor medicale = 30 puncte
- Suprafața utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie şi dotare superioară față de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare = 33 puncte

A.3 Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 20 puncte;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte.

TOTAL puncte resurse tehnice .....

NOTA 1: Sala de kinetoterapie şi bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor îşi desfăşoară activitatea cel puțin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală. Punctajele pentru lit. A.2 şi A.3 se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală) pentru o normă întreagă (8 ore). Pentru fracțiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 şi A.3 se ajustează proporțional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează şi pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 50%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare – reabilitare a sănătății - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent balneofizioterapie, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală sau maseur - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. medic în specialitatea reabilitare medicală:

- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă
- medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume şi prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală – 15 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie – 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE: .....

Program de activitate săptămânal al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână = 5 puncte
- TOTAL puncte .....

Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obținut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criterii se înmulțeşte cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obținut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu, se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ANEXA 8 G

CRITERII DE ELIGIBILITATE

pentru efectuarea investigației PET-CT- ADULȚI

- nodul pulmonar solitar (NPS): pentru care un diagnostic nu a putut fi stabilit printr-un puncție-biopsie din cauza tentativei nereuşite de puncție; când NPS este inaccesibil pentru procedura de puncție-biopsie, sau când există contraindicație pentru utilizarea procedurii de puncție-biopsie.

- cancerul tiroidian: în cazul în care recurența sau persistența bolii este suspectată pe baza tireoglobulinei crescute, atunci când studiile standard imagistice sunt negative sau incerte.

- tumori cu celule germinale: în cazul în care se suspectează recurența bolii pe baza unor valori crescute ale markerilor tumorali - (beta gonadotrofină corionică umană (hCG) și / sau alfa fetoproteina) iar testele standard imagistice sunt negative, sau atunci când rezecția chirurgicală curativă este luată în considerare pentru o masă persistentă după tratamentul primar al unui seminom.

- Cancerul colorectal: în cazul în care se suspectează boala recurentă pe baza unor valori crescute şi / sau în creştere ale antigenului carcinoembrironic (ACE), atunci când testele standard imagistice sunt negative sau incerte, precum si pentru evaluarea pacienților cu leziuni metastatice operabile.

- Limfom Hodgkin sau non-Hodgkin: pentru evaluarea formațiunilor reziduale sau a suspiciunii de recidiva la un pacient cu limfom Hodgkin sau non-Hodgkin, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente sau pentru evaluarea răspunsului în stadiile incipiente, după două sau trei cicluri de chimioterapie si la terminarea tratamentului

- Cancerul bronhopulmonar

    - cancerul bronho-pulmonar non-microcelular (CBPNM):pentru cazurile în care rezecția chirurgicală curativă este considerată indicată pe baza testelor imagistice standard negative sau neconcludente

- pentru stadializarea cancerul bronho-pulmonar non-microcelular şi microcelular, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente, şi este luată în considerare o modalitate terapeutică combinată (chimioterapie şi radioterapie)

- neoplazii ale capului şi gâtului: evaluarea bolii reziduale şi/sau a recidivelor când testele standard imagistice sunt neconcludente

- melanom malign: leziuni metastatice cu indicație chirurgicală, când examinările standard imagistice sunt neconcludente

- neoplasm esofagian, gastric sau pancreatic: evaluarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente

- neoplasm de ovar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor rezultate alterate ale examenelor de laborator - CA 125 ridicat, cu investigații imagistice standard neconcludente sau negative

- neoplasm mamar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă locala sau la distanta, în cazul investigațiilor imagistice standard neconcludente, precum şi evaluarea cazurilor cu leziuni metastatice considerate operabile pe baza testelor standard imagistice

- sarcoame osoase sau de părți moi: evaluarea cazurilor cu indicație chirurgicala cu intenție de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente

- GIST, tumori neuroendocrine: evaluarea răspunsului terapeutic, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente

- localizarea tumorilor oculte la pacienții cu metastaze cu punct de plecare neprecizat, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente

CRITERII DE ELIGIBILITATE

Pentru efectuarea investigației PET-CT- COPII

1. Limfoame:- Limfom Hodgkin: - stadializare

- evaluarea răspunsului terapeutic

- Limfoame nonHodgkin T şi B: - stadializare

- evaluarea răspunsului terapeutic

2. Sarcoame de părți moi şi sarcoame osoase - stadializare

- evaluarea răspunsului terapeutic

3. Neuroblastom – stadializare

- evaluarea răspunsului terapeutic

4. Retinoblastom – stadializare

- evaluarea răspunsului terapeutic

5. Tumori hepatice– stadializare

- evaluarea răspunsului terapeutic

6. Metastaze cu punct de plecare neprecizat

7. Tumori rare, specifice adultului, cu aceleaşi indicații ca şi la adult (cc. colo-rectal, carcinom ORL, tumori germinale, tumori cutanate, tumoră pancreatică, tumoră tiroidiană, GIST, tumoră pulmonară)

8. Tumori care nu pot fi diagnosticate - încadrate prin alte examinări paraclinice

9. Tumori cu evoluție necorespunzătoare în urma tratamentului aplicat (reevaluare diagnostic)

ANEXA 9

LISTA
cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic şi Angină pectorală instabilă
2. Purtătorii de proteze valvulare şi pace-maker
3. Malformații congenitale şi boli genetice
4. Insuficiență renală cronică în stadiul predialitic
5. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
6. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
7. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
8. Aplazia medulară
9. Anemii hemolitice endo- şi exoeritrocitare
10. Trombocitemia hemoragică
11. Thalasemia majoră
12. Histiocitozele
13. Telangectazia hemoragică ereditară
14. Purpura trombocitopenică idiopatică
15. Trombocitopatii
16. Purpura trombotică trombocitopenică
17. Boala von Willebrand
18. Coagulopatiile ereditare
19. Tumori cu potențial malign până la şi după elucidarea diagnosticului
20. Boala Wilson
21. Malaria
22. Tuberculoza
23. Mucoviscidoza
24. Boala Addison
25. Diabet insipid
26. Psihoze
27. Miastenia gravis
28. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
29. Afecțiuni postoperatorii şi ortopedice până la vindecare
30. Gravide cu risc obstetrical crescut
31. Anemiile carențiale (până la normalizarea hematologică şi biochimică)
32. Astm bronşic sever
33. Glaucom
34. AVC - la medicul neurolog în cazul tratamentelor cu risc vital* (anticoagulante)
35. Insuficiență venoasă cronică
36. BPOC
37. Steatohepatita activă non-virală

NOTA 1:

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

1. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare;
2. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru tot anul în 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 evoluția bolii şi în atitudinea terapeutică.

2. Medicul de specialitate care are în evidență bolnavul are obligația de a depune la contractare lista cu asigurați - bolnavi cu afecțiuni cronice în evidență.

ANEXA 10

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

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

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

1. Să fie autorizați şi evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la cap. II din anexa nr. 7 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau).

b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie inclusiv examenul Babeş Papanicolau), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 8 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist - cu grad de specialist, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului / punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul / punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de anatomie patologică /laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora îşi desfăşoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, atât pentru subcriteriul a) "Implementarea sistemului de management al calității" cât şi pentru subcriteriul b) "Participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" prevăzut de reglementările în vigoare pentru minim 40 analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor contractate, pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de 87.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) 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. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 50%
2. criteriul de calitate 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - 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 în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora, având menţionate seriile echipamentelor.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte 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 legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi număr 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.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătăţii conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale „second hand" din dotare. Această prevedere reprezintă 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 deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) analizor până la 18 parametri inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
Pentru analizoarele cu mai puţin de 60 teste/oră se acordă 5 puncte.
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - 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 a aparatului;
- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser 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 a 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 a 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 - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

---

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialişti cu specializare în hematologie.
Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct. 1.1.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

1.3. Imunohematologie: - 2 puncte

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

- analizor automat de microbiologie - cu o vechime de până la 5 ani - 40 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- identificarea germenilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogramei - 8 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenţei miceliilor şi identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte

3. Biochimie:

a. - analizor semiautomat, **inclusiv analizoare de ioni** - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine analizoare automate, situaţie în care

se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b. - analizor automat **inclusiv modul de ioni** - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
b.1 - analizor automat cu determinare şi prin turbidimetrie - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte
b.2 – analizor automat cu determinare şi prin turbidimetrie, inclusiv modul de ioni - cu o vechime de până la 5 ani – 30 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigaţie/oră se acordă câte 0,06 puncte.
- se iau în calcul maxim 2 aparate

c. - analizor semiautomat pentru electroforeză - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

d. - analizor automat pentru electroforeză - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate

4. Imunologie:

a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani, cu:
- o microplacă 25 puncte
- două microplăci simultan 30 puncte
- 4 microplăci simultan 35 puncte
- 6 microplăci simultan 40 puncte
- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;
- se iau în calcul maxim 2 aparate

c) sisteme speciale
c1) semiautomate cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte
- pentru sistemele speciale semiautomate se iau în calcul maxim 2 aparate;
c2) automate cu o vechime de până la 5 ani 40 puncte
- pentru sistemele speciale automate, în funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă pe oră se acordă câte 0,6 puncte.

- la sistemele speciale se punctează maxim 5 aparate pe laborator/punct de lucru, indiferent de metoda de lucru, dar nu mai mult de 2 aparate pe metodă.
Pentru sistemele speciale semiautomate şi automate se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:
- CLIA - Chemiluminescenţă (Test Imunologic pe bază de Chemiluminiscenţă)
- ECLIA - Electrochemiluminescenţă (Test Imunologic pe bază de Electrochemiluminiscenţă)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologigă Enzimatică; Metoda Imunologigă Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescenţă de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscenţă pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologigă Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologigă pe bază de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe bază de Imunofluorescenţă)
- ELFA cu detecţie în fluorescenţă - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenţă
- TRACE - Emisie amplificată de europium

NOTĂ:
Test imunologic sau metoda imunologică se referă la o reacţie cu formare de complex tip antigen-anticorp.

5. Citologie Papanicolau 5 puncte

Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie 25 puncte
- Sistem automat de prelucrare a probelor ..... 40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)
- Sistem de colorare automată a lamelor ..... 15 puncte

7. Analize de urină
a. analizor semiautomat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b. analizor automat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate

NOTĂ:

Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfăşoară activitate cel puțin un angajat cu studii superioare de specialitate.

Aparatele mai vechi de 10 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de cel care a făcut recondiționarea totală a aparatului, nu se punctează.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate 20 puncte;
2. medic specialist 18 puncte;
3. chimişti, biologi, biochimişti principali 16 puncte;
4. chimişti, biologi, biochimişti specialişti 14 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti 10 puncte;
6. farmacist 12 puncte;
7. asistenţi medicali de laborator cu studii superioare 6 puncte;
8. asistenţi medicali de laborator fără studii superioare 4 puncte.

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
- fax - 1 punct;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte.

2. software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă şi 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 - 5 puncte;

3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii:
- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări - 2 puncte;
- chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul

furnizorului) - 5 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 obținut 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 50%

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității", în conformitate cu SR EN ISO 15189 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie şi analize de urină (cu excepția uroculturii) prevăzută în anexa nr. 7 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7 la ordin, şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzute în celelalte categorii/grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7, altele decât cele menționate la lit. a1) şi a2), cuprinse în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

b) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" 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 obținut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de biochimie, hematologie şi analize de urină (cu excepția uroculturii) prevăzută în anexa nr. 7 la ordin;

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7 la ordin;

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză de microbiologie şi celelalte clase, altele decât cele menționate la lit. b1) şi b2);

pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale, cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori/an în anul calendaristic anterior. Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleaşi condiții.

Pentru participarea la un număr mai mare de 4 ori pe an la schemele de testare a competenței punctajul se va multiplica astfel:

- pentru participarea la un număr de 6 ori pe an se acordă o creştere a punctajului de 10%
- pentru participarea la un număr de 12 ori pe an se acordă o creştere a punctajului de 15%.

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

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulți parametri nu se iau în calcul toți parametrii - se consideră un singur test, cu excepția categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile art. 6 (1) lit. b) se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității" şi 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de laboratoarele de analize medicale/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi şi a numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțeşte cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi şi care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțeşte cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

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

NOTA 1: În funcție de necesarul de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigațiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;
- analize de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau)

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total județ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de anatomie patologică din totalul fondului cu destinația de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

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

ANEXA 11

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

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

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

1. Să fie autorizați şi evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie şi/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigații paraclinice - radiologie şi imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, astfel:

a. Laborator de radiologie şi imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice şi medici de familie, cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;

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

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

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

f. Ecografia obstetricală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de genetică medicală şi obstetrică ginecologie;

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

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) şi în cabinetele medicale de urologie.

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

j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

l. Ecografia transvaginală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor.

3. Să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, îşi desfăşoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul

de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice şi de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

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

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabileşte la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

2. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 90%
2. criteriul de disponibilitate 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii 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 existența şi deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria şi numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

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

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

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

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spațiu şi aceleaşi echipamente specifice deținute şi/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013, şi ale prezentului ordin şi într-un program de lucru distinct. În această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăşi punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

g) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanție şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

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

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

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

- **tipul de achiziție**
  - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
  - direct digital 10 puncte;
- **opțiuni**:
  - stepping periferic 5 puncte;
  - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
  - optimizarea densității 5 puncte;
  - trendelenburg 3 puncte;
  - afişare colimatori fără radiație 3 puncte;
  - stand vertical 3 puncte;
  - tomografie plană 1 punct;
  - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:
  - parțial digital 5 puncte;
  - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existența de casete dedicate 1 punct;
- 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 în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru al unității de bază:
  - B (sau 2D): 1 punct;
  - M: 1 punct;
  - Doppler color: 2 puncte;
  - Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
  - Doppler pulsat: 1 punct;
  - triplex: 0.5 puncte;
  - achiziție imagine panoramică: 1 punct;
  - achiziție imagine panoramică cu Doppler color: 1 punct;
  - achiziție imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
  - monitor alb-negru/color - 1 punct;
  - modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opțiune se adaugă 1 punct;
- aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
- stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;

- printer alb-negru/color 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvențial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:
- numărul de secțiuni concomitente:
  - 2 - 8 secțiuni 25 puncte;
  - 16 - 32 secțiuni 40 puncte;
  - peste 32 secțiuni 70 puncte;
- timp de achiziție a imaginii:
  - 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;

  sau
  - < 0,5 secunde: 20 puncte.
- aplicații software*) instalate pe computerul tomograf:
  - 3D: 2 puncte;
  - Circulație - 64 slice 2 puncte;
  - evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
  - perfuzie - 64 slice 2 puncte;
  - colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
  - angiografie cu substracție de os - 16 slice 2 puncte;
  - dental - 2 slice 2 puncte.

---

*) se punctează dacă în documentația de deținere şi de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

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

---

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii şi instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: sân, extremități, cap, genunchi etc.), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

1. - câmp magnetic - 1,5 T 10 puncte;
   - peste 1,5 T 20 puncte;
2. - pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: 20 puncte;

---

*) se punctează dacă în documentația de deținere şi de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicații software*) instalate pe RMN
- Post-procesare 3D - prelucrarea achizițiilor în 3D: 10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte
- Perfuzie - cuantificarea permeabilității tumorale în funcție de modelul farmacocinetic al substanței de contrast pentru patologia cerebrală şi a prostatei: 10 puncte
- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei şi dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: 10 puncte
- Spectroscopie 10 puncte

---

*) se punctează dacă în documentația de deținere şi de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii
- Printer - digital: 5 puncte;
  - analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Stație de post procesare şi 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:	15 puncte.

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia 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 automată uscată:	10 puncte;
- arhivă filme radiografice	5 puncte;
- arhivă CD	15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS)	50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme)	5 puncte.

l) PET-CT

Nr detectori

- 3 detectori 20 puncte
- 4 detectori 50 puncte

Tip detector

BGO: bismuth germanium oxide 20 puncte

GSO: gadolinium oxyorthosilicate 40 puncte

LSO: lutetium oxyorthosilicate 60 puncte

Dozare radiotrasori

- manuala 20 puncte
- automata 40 puncte

Injectare radiotrasori

- manuala 20 puncte
- automata 40 puncte

Accesul la radiotrasor: de la 2 ore - 8 ore

- 2-3 ore 50 puncte
- 3-8 ore 20 puncte

Computer tomograf

Numarul de sectiuni concomitente:

- 2-8 sectiuni 20 puncte
- 16-32 sectiuni 40 puncte
- peste 32 sectiuni 60 puncte

Aplicatii software

- full 3D 10 puncte
- rotating mip 4 puncte
- programe complexe de vizualizare a imaginilor 2 puncte
- side-by-side 2 puncte
- reconstructii 2 puncte

Accesorii

- printer digital 10 puncte
- injector automat – substanta contrast iodata 20 puncte
- statie de post procesare si software afferent 30 puncte

NOTA 1: Aparatele mai vechi de 10 ani calculaţi de la data fabricării sau de la data recondiţionării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE prezentându-se o declaraţie de conformitate în

acest sens pentru seria respectivă emisă de cel care a făcut recondiționarea totală a aparatului, nu se punctează. Prevederile prezentei note nu se aplică pentru aparatele prevăzute la litera l).

NOTA 2: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie şi confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 3: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
  - medic de specialitate radiologie şi imagistică medicală: 20 puncte;
  - medic primar radiologie şi imagistică medicală: 35 puncte;
  - medic de specialitate medicină nucleară: 20 puncte;
  - medic primar medicină nucleară: 35 puncte;
  - medic specialist anestezist 20 puncte;
  - medic primar anestezist 35 puncte;
  - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani 5 puncte;
  - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: 10 puncte;

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

  - medic dentist 8 puncte;
  - medic dentist specialist 10 puncte;
  - medic dentist primar 15 puncte;

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

  - medic specialist explorări funcționale 10 puncte;
  - medic primar explorări funcționale 15 puncte;
- operatori:
  - absolvent colegiu imagistică medicală 6 puncte;
  - asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
  - bioinginer: 8 puncte;
  - fizician: 8 puncte;
- asistenți medicali:
  - de radiologie cu studii superioare 6 puncte;
  - de radiologie fără studii superioare 4 puncte;
- asistenți generaliști pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

NOTĂ:

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanță (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea şi evidența biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activității desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional cu aparate conectate pentru transmitere de date 5 puncte.

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii:

- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări 2 puncte.
- chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului) 5 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 disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică şi sărbători legale se acordă 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul 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) 90% pentru criteriul de evaluare;

b) 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 trei criterii, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de laboratoarele de radiologie şi imagistică medicală/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociaţiune în participaţiune sau investiţională cu o unitate sanitară cu paturi şi de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii de radiologie şi imagistică medicală în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin 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 2 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 trei sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociaţiune în participaţiune sau investiţională

cu o unitate sanitară cu paturi şi care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, inclusiv pentru laboratoarele din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică din structura acestora pentru care numărul total de puncte se calculează distinct.

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, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu 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. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări 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).

H. În situaţia în care niciunul dintre furnizori nu îndeplineşte criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

ANEXA 12
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu
pentru specialitățile clinice

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinetul individual ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;
- cabinetul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;
- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului....., inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor şi instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale şi autorității judecătoreşti, având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
- Centrul de diagnostic şi tratament, centrul medical şi centrul de sănătate multifuncțional - unități cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;
- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin ..... în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în următoarele specialități şi competențe/atestate de studii complementare - pentru fitoterapie, homeopatie, acupunctură, planificare familială:

a) .....;
b) .....;
c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. .....;
4. .....;
..... .

IV. Durata contractului

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

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizați şi evaluați 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 - pentru serviciile de acupunctură - a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de

asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la 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 precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin 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 şi 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 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, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) 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;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum şi contravaloarea serviciilor medicale pentru care nu se solicită bilet de trimitere conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

l) să solicite organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

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/serviciu medical-caz în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

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

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 obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este 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 anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

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

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări 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. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situaţia în care programul avizat de direcţia de sănătate publică este diferit faţă de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecinţă.

b) programul de lucru va avea avizul direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti pentru repartizarea acestuia pe zile şi ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 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 lucrătoare de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală care este formular cu regim special, unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare

denumirilor comune internaționale aprobate 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 investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară şi să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

14. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței şi a dotărilor existente;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide şi sugarilor;

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

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

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

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

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

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

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecțiunilor 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 planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile

confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice este stabilită prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

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

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare şi a investigațiilor medicale paraclinice;

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare şi a investigațiilor 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 prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se 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 conține 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 Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

30. să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin. în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care serviciile au fost acordate persoanele beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situație, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este

înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

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

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

33. să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie şi, lunar, mişcarea acestora, atât pe suport hârtie şi în format electronic;

34. să întocmească evidențe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

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

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

37. să transmită rezultatul investigațiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului;

38. să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

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

40. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 39, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație şi tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară, pentru anul 2013; valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 1,7 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ……..2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....%*)

b) gradul profesional medic primar .....%.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

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.

---

*) în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

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

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultații de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultație, 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 furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat 140 lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 - număr mediu zile de tratament contractat. Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat față de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi

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

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului şi al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat şi în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 12 Clauză specială

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare şi suspendare a contractului

ART. 13 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuție personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin

utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie şi planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1- 3, 5 - 8, 10 - 23, 28 şi 29 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, cu avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie şi planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie şi planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 40, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 pct.40 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

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

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

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 33, consultațiile respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1 - 3, 5 - 9.a), 10 - 23 şi 29;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, fitoterapie, homeopatie şi planificare familială de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi art. 7 pct. 24, 25, 34 şi 37 din prezentul contract;

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

k) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) şi (2), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (3).

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 35 din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiințată de decizia Colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație.

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

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

ART. 17 (1) Situațiile prevăzute la art. 14 şi la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 18 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părți.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

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

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

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	
.....	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice nr. .....

Documentele *) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,

- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,

- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal .....,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului .....

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- act/acte doveditor/doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical nr. ....., cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - avizul de liberă practică ....., atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România nr. ....., tipul serviciilor furnizate ..... şi programul de activitate ..... pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical

- pentru psihologi se va solicita şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004;

- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului,

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,

- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenții medicali,

- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor,

- lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

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

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

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice-ecografii, respectiv monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței efectuate de medicii de specialitate din specialitățile 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
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea şi funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual .....,....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ...., județul/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. ...., județul/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. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică şi Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor şi instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale şi autorității judecătoreşti ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

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

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, în următoarele specialități:

a) .....;

b) .....;

c) .....;

..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate .....

b) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate .....

c) .....

.....

IV. Durata contractului

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

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizați şi evaluați 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, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, în limita valorii

de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

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

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

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti;

g) să aducă la cunoştința furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relație contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate de medici conform specialității confirmate prin ordin al ministrului sănătății şi de alt personal cu studii superioare de specialitate, dacă au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

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

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

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

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct pentru asiguraţi, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect 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;

h1) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situaţia în care programul avizat de direcţia de sănătate publică este diferit faţă de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecinţă.

h2) programul de lucru va avea avizul direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti pentru repartizarea acestuia pe zile şi ore, care 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 lucrătoare 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, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de diagnostic;

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/Elveţia, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în

aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia; 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;

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

p) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea şi securitatea 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 ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; 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;

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;

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia.

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 intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro şi 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 facă mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoţeşte certificatul de acreditare reprezintă cel puţin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

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

ac) să întocmească evidențe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziționați şi care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigații de acelaşi tip, efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului / punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul / punctul de lucru respectiv; să asigure prezența 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 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 şi / sau buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie şi imagistică medicală, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv/e, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului şi în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcționarea 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 evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțeşte factura;

ak) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

al) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale;

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr.	Serviciul paraclinic	Tarif	Număr de servicii	Total lei

crt.		contractat	negociat*)	(col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât tarifele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre 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 .....

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de

autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare şi suspendare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - g), i) - p), r) - t) şi w), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații

(2) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a treia constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h1), i) - p), s), t) şi w);

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au

încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație şi se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate, urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. ad);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu modificările şi completările ulterioare, şi a obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. q), x) - z), ac), ag) - ai);

m) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (2); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații şi se modifică corespunzător contractul.

ART. 16 (1) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului laboratoarelor medicale individuale;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 17 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale

de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligației - prevăzută la art. 7 lit. ak) din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiințată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei al medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor şi utilizați în efectuarea investigațiilor;

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

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

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) şi s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 şi 17 referitoare la condițiile de

încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul laboratorului declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	PARACLINICE
.....	Reprezentant legal,
	.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Vizat

Juridic, contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice nr. .....

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, ...,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului,
- certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor din România
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor
- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor
- avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura second hand din dotare,
- buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie şi imagistică medicală, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr. ....., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator.
- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România nr. ....., pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice
- radiologie şi imagistică medicală
- dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale nr. .....,
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 B) .....
- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

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

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

ANEXA 14
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcționarea 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 înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....;

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, ..., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor şi instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale şi autorității judecătoreşti, reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament, centru medical şi - unitate cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ....., reprezentat prin .....

- Centrul de sănătate multifuncțional ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr ....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresa de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

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

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în următoarele 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 2013.

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 anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

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 Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la 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, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la 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 precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu

participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

h) să aducă la cunoştința furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară cu care se află în relație contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sume care să țină seama şi de condițiile de desfăşurare a activității în zone izolate, în condiții grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

ART. 7 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații;

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

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

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

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi ale Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activității în asistența medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite

conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

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

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

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

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

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

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

12. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate 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 asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței şi a dotărilor existente;

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraților, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide;

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

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

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

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

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

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

22. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

23. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

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

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

29. să întocmească evidențe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

30. să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate;

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

32. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în

alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

33. să utilizeze prescripția medicală pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

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

35. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 34, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 şi în limita sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de ....., pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

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

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (3) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
b) Medic dentist
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
c) .....
.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum 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 asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuție personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1 - 3, 5 - 8 şi 10 -25 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 35, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 35 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) – (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) – (4) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) – (4) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1 - 3, 5 - 8, 10 - 22, 24 şi 25;

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

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate urmare a cererii în scris a

documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate conform solicitării scrise a organelor de control;

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, şi art. 7 pct. 29 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situație, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 15 alin. (3).

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină dentară sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării

asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2012 - 2013 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 31 din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiințată de decizia Colegiului teritorial al medicilor dentişti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație;

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

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

ART. 19 Situațiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putință spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin .... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcției Economice,	
.....	
Director executiv al Direcției Relații Contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr. .....

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (pentru fiecare medic dentist) nr. .....,
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului,
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști nr. .....,
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr. .....
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, după caz, precum și programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor
- copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;

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

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

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 15
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală)

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., județul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

- unitățile ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății aparținând ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin .....;
- cabinetul medical de specialitate ....., organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcționarea 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 societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcționarea societăților comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificările şi completările ulterioare prin Legea nr. 143/ 2003....., reprezentată prin .....;
- ambulatoriul de specialitate ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului....., inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor şi instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale şi autorității judecătoreşti, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail .....

Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ....., ap. ....., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresa de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

III. Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare.

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății asiguraților, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. ..... .

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicală.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, autorizați şi evaluați, 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 inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

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

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum 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, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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 aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii 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 a sănătăţii, contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (3) din Contractul-cadru pentru anii 2013-2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;

11. să solicite organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

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

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 obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii; 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 anii 2013-2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de reabilitare medicală potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări 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.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situaţia în care programul avizat de direcţia de sănătate publică este diferit faţă de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecinţă.

9.b) programul de lucru va avea avizul direcţiei de sănătate publică, pentru repartizarea acestuia pe zile şi ore care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 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 lucrătoare 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 asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate şi sunt decontate de către aceasta; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală care este formular cu regim special, unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate 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 investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate şi sunt decontate de către aceasta;

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 Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

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 asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/ Elveţia, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde

asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

22. să acorde servicii de asistență medicală de recuperare - reabilitare a sănătății asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, şi afecțiunilor 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 afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabileşte prin Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

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

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate reabilitare medicală solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se 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 conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014;

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

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide 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 de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin; în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor în care serviciile au fost acordate persoanele beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situaţie, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale;

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, prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu 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 acesta 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. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

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 lunar 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.

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

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

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului;

38. să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

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

40. să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la pct. 39, toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalităţi de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație şi tariful pe caz, exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultație*)/caz*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - consultații			
Servicii medicale - cazuri			

*) Tariful pe serviciu medical - consultație şi tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014 şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații şi numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații şi numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării şi administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de ..... lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații şi a numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății realizate şi a tarifelor pe serviciu medical - consultație 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 .....

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare - reabilitare a sănătății şi raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de recuperare-reabilitare a sănătății se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat față de cel recomandat odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament de recuperare-reabilitare a sănătății întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

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

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ținându-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 reabilitare medicală din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

```
a) Medic
Nume: ..................... Prenume: .....................................
Grad profesional: ..................................................
Cod numeric personal: ..............................................
Codul de parafă al medicului: ......................................
Program zilnic de activitate ..................................... ore/zi
b) Medic
Nume: ..................... Prenume: .....................................
Grad profesional: ..................................................
Cod numeric personal: ..............................................
Codul de parafă al medicului: ......................................
Program zilnic de activitate ..................................... ore/zi
c) ..................................................................
.....................................................................
```

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului şi al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat şi în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

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

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru stabilit conform prezentului contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuție personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 pct. 1-3, 5-8, 10-20, 21 şi 25-27 se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:.

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare - reabilitare a sănătății, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 pct. 40, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 8 pct.40 se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) – (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) – (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

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

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

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 33, consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 8 pct. 1-3, 5-8, 10-18, 20, 21 şi 25-27;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control;

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

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii

2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi art. 8 pct. 22), 23), 32) şi 37 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 21 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) – (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 35 din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiințată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație;

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

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

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 şi la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

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

ART. 26 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției Relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	

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

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

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....;
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- programul de lucru al furnizorului;
- lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....,
- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr. .....;
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr. .....;
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului,
- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenții medicali,
- lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 C la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale

de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014,).

- notă de fundamentare privind:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform fişelor tehnice ale aparatelor.

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistenții medicali care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, .

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

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

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I
Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art. 61 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013. Spitalizarea continuă este:

a) - spitalizare de 24 de ore,
b) - spitalizare mai mare de 24 de ore.

1. Grupele înrudite de diagnostic pentru spitalizarea continuă de 24 de ore sunt:

1.1 Chirurgicale:

Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice
B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe
C1060	Proceduri pentru strabism
C1070	Proceduri ale pleoapei
C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei
C1090	Proceduri privind caile lacrimare
C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului
D1110	Miringotomie cu insertie de tub
D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare
D2010	Extractii dentare si restaurare
D3030	Epistaxis
D3060	Traumatism si diformitate nazale
E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC
G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC
H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC
I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur
I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe
I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC
I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC
I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC
J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului
J1050	Proceduri perianale si pilonidale
J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului
J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
J3030	Tulburari nemaligne ale sanului
J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70
L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara
L3050	Pietre si obstructie urinara
L3062	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe

L3070	Strictura uretrala
M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC
M1050	Circumcizie
N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin
N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei
N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica
N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC
O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii
O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii
O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale
O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice
Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever

1.2 Medicale

Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice
B3160	Convulsii febrile
B3180	Cefalee
C3030	Hifema si traume oculare tratate medical
D3030	Epistaxis
D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC
D3050	Laringotraheita si epiglotita
D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC
E3123	Tumori respiratorii fara CC
F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe
F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe
F3150	Durere toracica
G3062	Ocluzie intestinala fara CC
G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC
G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe
G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC
G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani
G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC
I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC
I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC
I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC
I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC
J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)
J3030	Tulburari nemaligne ale sanului
J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70
K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe
K3040	Erori innascute de metabolism
K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe
L3062	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe

M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe
M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe
N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC
O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice
Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna
R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC
T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC
X3012	Leziuni varsta >64 fara CC
X3013	Leziuni varsta <65
X3020	Reactii alergice
Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi.

Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigațiilor, tratamentelor şi procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unitățile 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) - p);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situațiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 şi care sunt acordate de către medicii din unitățile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum şi serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă şi din structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitaliceşti, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 16 A la ordin.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă şi în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, 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 sănătății publice nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităților şi compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările şi completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum 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	
1. Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltal	29 lei/şedință
2. Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144 lei/şedință
3. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180 lei/şedință
4. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/şedință
5. Brahiterapie	302 lei/şedință
b) - Chimioterapie*)	48,50/şedință
c) - Litotritie	350,00/şedință
d) - Implant de cristalin**)	247,54
e) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	116,15
f) - Servicii medicale de oftalmologie: - evisceraţie, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicaţie, electrorezecţie	48,57
g) - 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
h)	- Servicii medicale ORL: - rezecţie septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formaţiune tumorală, polipectomie nazală	116,15
i)	- Servicii medicale flebologie (operaţie flebologie)	92,09
j)	- Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):	
	- rahianestezie	158,11
	- anestezie generală inhalatorie	239,38
	- anestezie de contact şi infiltraţie	46,06
	- anestezie locoregională de infiltraţie	114,99
	- anestezie locală	16,63
	- anestezie generală	300,00
k)	- 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
l)	- amniocenteză***)	900,00
m)	- biopsie de vilozităţi coriale***)	900,00
n)	- Servicii de mică chirurgie: tumorete, lipoame, plăgi, abcese, chisturi	128,66
o)	- monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200/lună/pacient
p)	- tratamentul şi profilaxia rabiei	40/serviciu (administrare)

NOTĂ:

Pentru pacienții la care se monitorizează rezistența la tratamentul retroviral, tariful maximal este de 350 lei/lună/pacient.

---

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ şi suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți – la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinării calculat prin algoritm Fetal Medicine Foundation; în tarifele aferente acestora este inclusă şi prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X şi Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal şi anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum şi cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se decontează în următoarele condiții:

- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare;
- urgențe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi 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 extremităților
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)
7. meningo-encefalită acută
8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale şi afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergie la substanțele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească

În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale pentru situațiile de urgență având obligația să evalueze situația medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situațiile de urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale spitaliceşti pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgențe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, până la rezolvarea situației de urgență;

- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.
- tratamentul bolnavilor psihic prevăzuți la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie;
- naşterea;
- diagnosticul şi tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

CAPITOLUL IV
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală spitalicească de:
- urgențe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

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

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

ANEXA 16 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu

pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz/serviciu pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

1. Ştatul de personal
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2012 sau 30.09. 2012, după caz.
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2012 valabilă la 31.12. 2012, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigațiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezintă: modelul de pacient, lista şi numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical.
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01. 2012 şi la 31.12. 2012.
7. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2013, pe elemente de cheltuieli*)

---

*) Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz/serviciu medical.

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detaşare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii şi indemnizații	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	
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	
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, 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 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	51	

ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL		
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	

MANAGER ..... DIRECTOR MEDICAL ..... DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL .....

ANEXA 16 B

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ ŞI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE, PE BAZA RELAȚIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE
(CONFORM art. 72 lit. a) DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI .....
LOCALITATEA .....
JUDEȚUL .....
CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR. .....

1. DESFĂŞURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		X	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/ **cod unic de asigurare**	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice	Tariful investigației efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5

Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
...					
TOTAL					

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru 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 (CONFORM art. 72 lit. b) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în 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. /COD UNIC DE ASIGURARE 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 **cod unic**	Tipul consultaţiei	Nr. consultaţii interdisciplinare	Tariful consultaţiei	Sume decontate

	de asigurare	interdisciplinare efectuate*)		interdisciplinare efectuate (lei)	(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultaţiilor inter-disciplinare din specialităţile clinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				x	
...					
...					
TOTAL					

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru 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 (CONFORM art. 72 lit. c) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată privată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km aferenţi serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată privată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P./ COD UNIC DE ASIGURARE 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/ cod unic de asigurare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenţi serviciilor	Tarif/ km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare					x	
..						
..						
	TOTAL				X	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Răspundem de realitatea 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, atât pe suport de hârtie cât şi electronic, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

În tabelele de la pct. 2, 4 şi 6, în coloana "c2", pentru cetăţenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul paşaportului.

MANAGER ..... DIRECTOR MEDICAL ..... DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL .....

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 asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este: spitalizare de 24 de ore, spitalizare mai mare de 24 de ore. Grupele înrudite de diagnostic pentru spitalizarea de 24 de ore sunt cele prevăzute în Anexa nr. 16 la ordin.

2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore şi pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3 Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în anexa nr. 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat </= 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 460 lei.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat </= 1/5 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 276 lei.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti se acordă în baza contractelor şi a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcție de care se stabileşte capacitatea maximă de funcționare:

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 organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

3. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național şi în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național luat în calcul la stabilirea capacității maxime a spitalelor, în funcție de secție este:

- pentru secții/compartimente de acuți 290 zile
- pentru secții/compartimente de cronici 320 zile
- pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;

5. durată optimă de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății şi normativelor în vigoare, pe secții 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 investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.

13. tarif pe zi de spitalizare.

14. Durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 6,65 pentru anul 2013, cu excepția unităților sanitare de monospecialitate chirurgie orală şi maxilofacială pentru care se va utiliza DMS_nat =4,8.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2012, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor şi instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție şi pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum şi numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti luând în calcul numărul maxim de paturi, în condițiile prevederilor Hotărârii de Guvern nr. 151/2011 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2011 - 2013.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti care înființează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract şi/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiții de contractare.

În situația în care furnizorul de servicii medicale spitaliceşti se regăseşte în anexa 17 A la ordin, contractarea şi decontarea pentru afecțiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitaliceşti va fi evidențiată distinct în anexa 17 A la ordin.

Pentru structurile nou-înfiinţate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM şi TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit. a) punctul a.2 ultimul paragraf.

Pentru fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitaliceşti care are în componenţă secţii/compartimente de cronici se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit. b).

(6) Pe parcursul derulării, contractul se modifică în cazul revizuirii categoriei de spital, în situaţia în care a fost modificată clasificarea în sensul descreşterii. Contractul se poate modifica în situaţia în care a fost revizuită clasificarea în sensul creşterii, cu condiţia existenţei unor fonduri disponibile cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Economiile rezultate datorită modificării contractelor ca urmare a revizuirii clasificării în sensul descreşterii categoriei de spital, se repartizează spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, în funcţie de criteriile avute în vedere la contractare.

(7) Cazurile internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă vor avea în vedere criteriile de evaluare retrospectivă a oportunităţii internării.

Criterii de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunităţii internării cazurilor de urgenţă			
1	Pierderea subită a cunoştinţei	Include comă sau incapacitate de răspuns la stimuli, schimbare acută în starea de conştienţă a pacientului. Include şi pierderea conştienţei ca urmare a traumelor. Exclude dezorientare sau confuzie.	_ |_|
2	Puls anormal	O frecvenţă periferică sub 50/min sau mai mare de 140/min, înregistrată cu două ocazii separate la distanţă de cel puţin 5 minute.	_ |_|
3	Tensiune anormală	O presiune sistolică sub 90 sau peste 200 mmHg, şi o valoare diastolică de sub 60 sau peste 120 mmHg.	_ |_|
4	Pierderea acută a vederii sau a auzului	Pierdere severă parţială sau totală şi care s-a instalat rapid şi persistă în momentul internării.	_ |_|
5	Pierderea acută a capacităţii de a mişca o parte importantă a corpului	Include răni cauzate de traume majore (fractură a oaselor membrului pelvin, paralizie a piciorului sau braţului; fractură a coloanei vertebrale în zona cervicală; disfagie acută cu risc de aspiraţie). Exclude rănile izolate ale mâinilor sau picioarelor.	_ |_|
6	Febră persistentă	Febră de cel puţin 5 zile (3 zile) cu temperatură de peste 38 °C.	_ |_|
7	Sângerare abundentă	Include hemoragie continuă cu orice localizare, care nu se poate trata în Departamentul de urgenţă (UPU/CPU/Cameră de gardă). Include orice suspiciune de sângerare internă.	_ |_|
8	Anomalie severă a electroliţilor serici sau a unui gaz din sânge	Măsurarea efectuată în momentul sosirii în UPU/CPU, după cum urmează: Sodiu < 123 sau > 156 mEq/L Potasiu < 2.5 sau > 6.0 mEq/L Bicarbonat < 20 sau > 36 mEq/L pH arterial pH < 7.3 sau > 7.45 Calcemie serică < 3 mmol/L sau > 6 mmol/L $PaCO_2$ > 50 mmHg PaO_2 < 50 mmHg	_ |_|
9a	Anomaliile eletrocardiogramei	Rezultatele EKG efectuată la prezentare, care sugerează ischemie miocardică acută recentă.	_ |_|
9b	Suspiciune clinică şi biologică de ischemie miocardică acută	Evaluarea simptomelor ischemiei miocardice acute, în absenţa modificărilor ECG sau a enzimelor miocardice	_ |_|
10	Dehiscenţa plăgilor	Include doar complicaţiile postterapeutice sau deschiderea plăgilor sau leziuni care necesită închidere/sutură.	_ |_|
11	Durere paralizantă	Durere severă cu suspiciune de urgenţă medicală, fără a putea fi diagnosticată sau	_ |_|

		tratată adecvat în departamentul de urgenţă.	
12	Necesitatea administrării Medicaţiei parenterale şi/sau repleţie volemică	Include administrarea medicaţiei IV, IM, IT şi intraarterial cel puţin la 8 ore. De asemenea, include ordinul pentru medicaţia IV cel puţin la 8 ore şi stabilizarea prin insulină pentru pacienţii tineri cu diabet sever. Exclude ordinul de a menţine accesul venos continuu.	_ |_|
13	Procedură semnificativă în primele 24 de ore de la internare	Semnificativ înseamnă că necesită anestezie regională sau generală şi realizarea într-o unitate specializată (cum ar fi sala de operaţii). Include practic toate operaţiile efectuate în urgenţă.	_ |_|

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, pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix 2013 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2013, respectiv
- număr de cazuri externate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

La calculul acestei sume se vor avea în vedere:

a1) Suma maximă posibil de contractat (Sp) în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, cu modificările şi completările ulterioare.

La calcularea formulei prevăzute în alin. (1) al art. 3 din anexa la Ordinul nr. 862/547/2011, numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Hotărârii de Guvern nr.151/2011 privind aprobarea Planului Naţional de Paturi se stabileşte de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică/direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie.

Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu spitalele pentru numărul de paturi contractabile stabilite la nivelul fiecărui judeţ în conformitate cu Planul naţional de paturi, din care un procent de maxim 5% din paturile contractabile se contractează cu furnizori privaţi pentru spitalizare continuă. Paturile necontractate în limita de 5% cu furnizorii privaţi se redistribuie către furnizorii publici din judeţul respectiv. În situaţii justificate, cu aprobarea Ministerului Sănătăţii şi a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se poate depăşi procentul de 5% al paturilor contractate cu furnizorii privaţi, fără a se depăşi numărul de paturi contractabile stabilit la nivelul fiecărui judeţ; în acest sens comisia mai sus prevăzută va transmite Ministerului Sănătăţii şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate situaţiile pentru care consideră că se poate depăşi procentul de 5%, însoţită de o fundamentare care să justifice solicitarea.

a2) Suma minimă contractată (Sm) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, calculată în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, cu modificările şi completările ulterioare.

În formula de calcul pentru suma minimă contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cu modificările şi completările ulterioare, valoarea procentului de referinţă (P) utilizată este de 90.

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formulele de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului

sănătății şi preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, cu modificările şi completările ulterioare.

a3) Suma suplimentară (Ss) ce poate fi contractată peste cea minimă, dar nu mai mult de suma maximă posibil de contractat, la nivelul fiecărui spital, în limita fondurilor disponibile la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (4) se stabileşte luând în calcul:

număr cazuri externate în anul 2012 raportate şi validate de SNSPMPDSB în anul 2012 x (ICM x TCP, în anul 2013) pentru fiecare spital x nr. puncte rezultat din autoevaluare /

$$\sum_{1}^{n} (\text{nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDSB în anul 2012} \times \text{ICM 2013} \times \text{TCP 2013} \times \text{nr. puncte rezultat din autoevaluare}),$$

unde n este nr. spitalelor pentru care casa de asigurări de sănătate contractează spitalizare continuă pentru cazurile acute.

Nu se reduc cazurile de urgență estimate a se interna luând în calcul datele ultimilor 3 ani.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

Suma disponibilă în bugetul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitaliceşti pentru calculul sumelor suplimentare se repartizează proporțional spitalelor pe baza formulei de mai sus. Suma suplimentară ce poate fi contractată de casa de asigurări de sănătate cu fiecare spital poate varia cu până la +/- 30% față de suma suplimentară repartizată proporțional spitalelor, în funcție de particularitățile de la nivel local.

a4) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secție se vor avea în vedere:

a4.1 - numărul de cazuri externate calculat la suma minimă = Sm / (ICM x TCP aferente fiecărui spital); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4.2. Număr de cazuri externate suplimentar contractat/spital = (Suma suplimentară contractată / (ICM x TCP aferente spitalului şi prevăzute în anexa 17 A)); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății şi preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, cu modificările şi completările ulterioare.

a4.3. Evaluarea spitalului în vederea acordării punctajului aferent se realizează în funcție de:

a4.3.1. Număr linii de gardă:

a) 1 linie de gardă	0,5 puncte
b) 2 linii de gardă, din care una medicală şi una chirurgicală, asigurate de medici specialişti	0,8 puncte
c) peste 3 linii de gardă	1 punct

a4.3.2. Linie de gardă de terapie intensivă:

a) 1 linie de gardă de TI	1 punct
b) 2 linii de gardă de TI şi peste	2 puncte

a4.3.3. Complexitatea serviciilor medicale - analize de laborator:

a) a efectuat în anul 2012 sub 50% din numărul (poziţii) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 1723/950/2011 0,4 puncte

b) a efectuat în anul 2012 peste 50% din numărul (poziţii) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 1723/950/2011 0,8 puncte

c) a efectuat în anul 2012 cu peste 10% mai multe servicii decât numărul (poziţii) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază - Capitolul II din anexa 7 - la Ordinul nr. 1723/950/2011 1 punct

d) are certificat de calitate ISO 15189 3 puncte

a4.3.4 Complexitatea serviciilor medicale - radiologie şi imagistică medicală:

a) radiologie clasică 0,5 puncte

b) Rx + CT 1 punct

c) Rx + CT + Scintigrafie 1,3 puncte

d) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie/RMN 1,6 puncte

e) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie + RMN 2 puncte

f) are certificat de calitate ISO 9001:2008 3 puncte

a4.3.5 Blocul operator

a) 1 sală şi 1 medic anestezist 0,3 puncte

b) peste 2 săli şi 1 medic anestezist 0,5 puncte

c) orice multiplu întreg de 2 săli şi 1 medic anestezist aduce câte 0,2 puncte în limita a maxim 2 puncte.

a4.3.6 Complexitatea ofertei de servicii

a) numai spitalizare continuă 0,7 puncte

b) spitalizare continuă şi de zi 1 punct

c) spitalizare continuă, de zi şi ambulatoriul integrat clinic 2 puncte

a4.3.7 Folosirea protocoalelor proprii privind traseele clinice

a) nu folosesc 0 puncte

b) folosesc mai puţin de 5 protocoale pe secţie/specialitate 1 punct

c) folosesc între 6 - 10 protocoale pe secţie/specialitate 2 puncte

d) folosesc pentru mai mult de 20% din grupele de DRG raportate în anul 2012 3 puncte

Spitalele vor anexa protocoalele şi analiza rezultatelor aplicării acestora.

În vederea stabilirii punctajelor, spitalele vor depune o autoevaluare potrivit datelor de mai sus, însoţită de documentele justificative şi o declaraţie pe proprie răspundere că informaţiile corespund realităţii. Casele de asigurări de sănătate, în cadrul controalelor efectuate la spitale vor verifica corectitudinea autoevaluării şi vor diminua valoarea de contract a spitalului în mod corespunzător, conform punctajului acordat, dacă se constată neconcordanţe la nivelul spitalului.

a4.4 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 organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

a5) Indicele de case-mix pentru anul 2013 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a6) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2013 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin 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, limitele superioare şi inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare în secţiile ATI - naţional, 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);

a7) 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 2012 şi sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

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).

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/avizată de Ministerul 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/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;
- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2013, în funcţie de numărul de paturi aprobat, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional la spitalul/secţia/compartimentul respectiv şi de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/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. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

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 2012 pentru care nu se justifică internarea.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în 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. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

c) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, finanţată din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d) 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, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura 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. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul – cadru;

f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, 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 de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat pentru specialităţile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat </= 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepţia institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialităţile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat </= 1/5 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepţia institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăşi 30% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu următoarele excepţii:

- unităţile sanitare care derulează programe naţionale de sănătate, dar nu mai mult de 50%;
- institutele de boli cardiovasculare care derulează programe naţionale de sănătate, pentru care se poate depăşi limita de 50%;

(2) Sumele de la lit. c) şi d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) şi f) 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 de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat.

Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, 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. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în

cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, a căror plată se face prin tarif pe caz rezolvat, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat / tarifului mediu pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, în situațiile in care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă si in aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

(5) Pentru cazurile internate în spitalizare continuă, ca şi cazuri de urgență, prin structurile de urgență organizate la nivelul spitalului, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităților şi compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările si completările ulterioare, investigațiile paraclinice care nu au fost efectuate la nivelul structurilor de urgență vor fi efectuate în maxim 24 de ore de la data internării.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în regim ambulatoriu de către unitățile sanitare cu paturi, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora, şi de către furnizorii de servicii medicale - investigații paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Diferența de 10% din fondul cu destinație servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 9% pentru:

a.1. - decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru,

a.2. - decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,

a.3. alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după caz, inclusiv regularizări trimestriale pentru serviciile / cazurile rezolvate prin spitalizare de zi.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă numai pentru spitalele care nu sunt beneficiare ale Programului pentru îngrijirea cazurilor critice a cărui finanțare este asigurată din bugetul Ministerului Sănătății. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

- prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,

- consum de materiale sanitare cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului.

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplineşte criteriile de mai sus se stabileşte conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a spitalului / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secţiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziţia caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti.

În situaţia în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condiţiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condiţiile lit. a.

Spitalele evaluează pacienţii atât la intrarea cât şi la ieşirea din compartimentele/secţiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2
Variabile fiziologice

Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39
Rata respiraţiei (respiraţii/ min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5
Oxigenare (kPa)*:									
FiO_2 > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
A-aDO_2									
FiO_2 < 50% PaO_2					> 9.3	8.1 - 9.3		7.3 - 8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20
Număr de leucocite (x 10^9/l)	> 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1 - 2.9		< 1
Alte variabile:	- Scala de comă Glasgow - Vârsta				- Boli cronice - Statut chirurgical				

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2013 cu destinaţia 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 2013. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare atât prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cu modificările şi completările ulterioare, cât şi 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, dar fără a se depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital.

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, inclusiv centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, 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, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, 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 2013, prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin; pentru cazurile rezolvate prevăzute la Cap. I lit. A din anexa nr. 16 la ordin, tariful pe caz ponderat este 75% din tariful pe caz ponderat prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin.

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz
- TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în anexa nr. 17 A la ordin, respectiv 75% din tariful pe caz ponderat prevăzut în anexa nr. 17A la ordin pentru cazurile rezolvate prevăzute la Cap. I lit. A din anexa nr. 16 la ordin
- coeficientul k al cazurilor externate extreme - ca durată de spitalizare, cu excepţia cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din anexa nr. 16 la ordin. Acest coeficient se calculează trimestrial de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, pe baza cazurilor externate raportate şi validate pentru fiecare trimestru în parte, cu excepţia cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din anexa nr. 16 la ordin . Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 B la ordin.

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecţiuni acute.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate, dar nu mai mult de 30% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, acuţi.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, respectiv la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz rezolvat/serviciului medical efectuate în regim de spitalizare de zi.

Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste 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, în limita economiilor realizate de celelalte spitale la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate este peste cea contractată, şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi este mai mică decât suma contractată pentru spitalizare de zi, în limita economiilor realizate din spitalizarea de zi se pot accepta la decontare un număr de cazuri externate prin spitalizare continuă acuţi, în ordinea cronologică a datei de externare.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată pentru spitalizare de zi, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situaţiile prevăzute la subpunctul a.3., în acest sens fiind încheiat un act adiţional.

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 şi validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, 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 pentru serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare 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, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, 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 negociat.

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/secțiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani, decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienței managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractați şi realizați pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către ordonatorul de credite ierarhic superior şi transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unitățile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secțiile şi compartimentele de acuți (aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz 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 funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Națională de Sănătate Publică, Management şi Perfecționare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecțiuni acute.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate pentru continuă acuți se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate, dar nu mai mult de 30% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, acuți.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate şi validate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile economiilor realizate de celelalte spitale la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate şi, validate este peste cea contractată, şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi este mai mică decât suma contractată pentru spitalizare de zi, în limita economiilor

realizate din spitalizarea de zi se pot accepta la decontare un număr de cazuri externate prin spitalizare continuă acuți, în ordinea cronologică a datei de externare.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.3, în acest sens fiind încheiat act adițional.

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor în limita sumei prevăzute în program pentru medicamente şi materiale sanitare specifice;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la şi la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinație;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție şi boli metabolice, cabinete de boli infecțioase şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenței medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin, în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, în limita sumei contractate şi care se determină prin înmulțirea 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. 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 unitățile 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 de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat </= 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei (tariful pe caz rezolvat </= 1/5 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

NOTĂ:

Numărul de cazuri rezolvate în camera de gardă şi în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, şi neinternate, pe care le decontează casele de asigurări de sănătate nu poate depăşi numărul de cazuri internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgență pentru care se face dovada unor intervenții diagnostice şi terapeutice, necesare rezolvării cazurilor respective.

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

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează – la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), decontarea cazurilor transferate de la o unitate sanitară privată cu paturi către o unitate sanitară publică cu paturi se realizează – la unitatea sanitară privată cu paturi - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, indiferent de tipul de patologie şi de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează unităților sanitare publice cu paturi cazurile transferate de la unitățile sanitare private cu paturi, indiferent de tipul de patologie şi de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, unitățile sanitare private fiind obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 -2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Trimestrial, la nivelul fiecărui spital care a contractat cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale spitaliceşti atât pentru afecțiuni acute cât şi pentru afecțiuni cronice, după regularizarea trimestrială realizată conform alin. (1) lit. a) şi c), casa de asigurări de sănătate poate efectua o regularizare a cazurilor realizate, raportate şi validate, în limita valorii de contract, între cele două tipuri de îngrijiri: acute şi cronice.

ART. 10 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitaliceşti sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare

respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigaţii paraclinice pentru pacienţii internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat, 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, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătăţii din fondul alocat serviciilor de ambulanţă; 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 nr. 16 B la ordin.

c) 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 nr. 16 B la ordin.

ART. 11 (1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard 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.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabileste de fiecare unitate sanitara furnizoare de servicii spitalicesti. Pentru unitatile sanitare publice cu paturi contributia personala a asiguratilor pentru aceste servicii este de maxim 300 lei/zi.

(2) Spitalele încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile/compartimentele cu paturi din unităţile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare şi aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitaliceşti, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază şi în pachetul de servicii ce se acordă persoanelor care se asigură facultativ. Excepţie fac serviciile medicale spitaliceşti acordate în secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitaliceşti 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 serviciile medicale spitaliceşti de lungă durată –ani şi pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru care criteriul de internare este urgenţa.

c) Pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplăţii este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoare coplăţii este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administraţie al unităţii sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru care se încasează coplată;

(4) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată prevăzute la art. 213^{1} din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu

documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi documente şi/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplineşte condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme în anexa 17 D.

ART. 12 (1) Spitalele inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu şi fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte pentru asigurații internați 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 investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceştia sunt internați şi avizate de şeful de secție şi managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituției.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților conform fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, numai în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienților internați. Fişele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanță se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situația în care spitalele nu dețin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcțională, pentru pacienții internați cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanță prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unități spitaliceşti sau în unități ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea şi, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță. La fişa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 (1) Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicațiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informații care trebuie să se regăsească şi în foaia de observație clinică generală la epicriză.

(2) Spitalele, odată cu raportarea lunară, vor transmite casei de asigurări de sănătate pentru nou-născuții prematur, greutatea la naştere, precum si data la care a ajuns la greutatea de 2500 de grame;

În situația în care la o greutate de peste 2.500 grame medicul nu consideră oportună externarea acesta va fi transferat pe secția de neonatologie acuți.

În situația în care, la o greutate a nou-născutului de peste 2.500 grame, medicul nu consideră oportună externarea sau transferul pe secția de neonatologie acuți, tariful pe zi de spitalizare se diminuează cu 50%.

ART. 15 (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 ordonatorului de credite ierarhic superior în funcție 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, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților 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 diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potențial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare şi cu centrele de dializa private în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 37 la ordin.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraților şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, respectiv autorităților administrației publice locale, în funcție de subordonare, şi Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ai ministerului de resort, ai autorităților administrației publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate şi direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală spitalicească, precum 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

unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale 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. 16 A la ordin;

ANEXA 17 A

LISTA SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM ŞI TCP VALABIL PENTRU ANUL 2013

Nr. crt.	**Cod spital**	**Denumire spital**	**ICM pentru anul 2013**	**TCP pentru anul 2013**

1	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1.1279	1444
2	AB02	Spitalul de Boli Cronice Campeni	0.9219	1380
3	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1174	1380
4	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0.8331	1380
5	AB05	Spitalul Municipal Aiud	0.9269	1380
6	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	0.9568	1380
7	AB08	Spitalul Municipal Sebes	0.8852	1380
8	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0.8241	1380
9	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	0.7690	1380
10	AG01	Spitalul Judetean Pitesti	1.2424	1600
11	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	1.0234	1600
12	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Campulung	0.8233	1380
13	AG05	Spitalul Municipal Campulung	0.9280	1380
14	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	1.2817	1380
15	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0.9231	1380
16	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0.8275	1380
17	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf Maria Vedea	1.2894	1380
18	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf Andrei" Valea Iasului	0.7665	1380
19	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni	0.9354	1380
20	AG22	Dr. Irimia S.R.L.	0.5175	1380
21	AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1.0469	1600
22	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0.8593	1380
23	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	0.6928	1380
24	AR07	Spitalul Orasenesc Sebis	0.6389	1380
25	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chisineu-Cris	0.8366	1380
26	AR20	Centrul Medical Laser System	0.8456	1380
27	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.	0.8117	1380
28	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0.9438	1442
29	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1.4240	1800
30	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatorie si Arsuri Bucuresti	2.2071	2230
31	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0.7779	1510
32	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1.2476	1600
33	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0.7830	1600
34	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0.6213	1380
35	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0.6860	1600
36	B_100	S.C. Binafarm S.R.L.	0.3390	1380
37	B_101	Tinos Clinic SRL	0.9866	1380
38	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.	0.7183	1380
39	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.	0.8604	1380
40	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0.7578	1800
41	B_113	SC Delta Health	1.0854	1380
42	B_116	Sanador	1.4579	1380
43	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0.9035	1600
44	B_121	Clinica de angiografie si terapie endovasculara	0.4227	1380

		Hemodinamic		
45	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1.1687	1380
46	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1.1746	1600
47	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1.1542	1825
48	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1.4120	1380
49	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	1.1438	1808
50	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2.2980	1600
51	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1.0248	1600
52	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0.9723	1600
53	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	1.1920	1380
54	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1.5293	1380
55	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	0.9896	1380
56	B_27	Spitalul clinic de psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucuresti	1.2956	1380
57	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1.0067	1600
58	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1.2666	1600
59	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	0.9852	1658
60	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1.3957	1600
61	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1.0682	1800
62	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	0.7737	1600
63	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	2.0018	1600
64	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1.2180	1600
65	B_38	Centrul de Evalure şi Tratament aToxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	1.1021	1380
66	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf.Stefan"	0.8323	1380
67	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	1.3866	1580
68	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	0.8964	1380
69	B_47	Institutul National de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucuresti	1.0759	1600
70	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1.5835	1600
71	B_50	Centrul de Sanatate RATB	0.7621	1380
72	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	1.0635	1600
73	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr.C.Gorgos"	1.3629	1380
74	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	0.7400	1380
75	B_95	Euroclinic Hospital S.A.	0.8468	1380
76	B_96	SC Med Life SA	0.5447	1380
77	B_97	Clinica Sf. Lucia S.R.L.	0.7627	1380
78	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	0.9636	1600
79	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacau	0.7831	1380
80	BC03	Spitalul Municipal Onesti	1.0550	1380

81	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0.9161	1380
82	BC05	Spitalul Orasenesc "loan Lascar" Comanesti	0.8334	1380
83	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1.0306	1380
84	BC08	Spitalul Comunal Podul Turcului	0.6763	1380
85	BC14	Clinica Palade Bacau	0.7154	1380
86	BC15	S.C. Eldimedmaterna S.R.L.	0.4269	1380
87	BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	1.0334	1600
88	BH02	Spitalul Clinic Municipal "dr. Gavril Curteanu" Oradea	1.0245	1380
89	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	0.9901	1380
90	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0.8996	1380
91	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0.8440	1380
92	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	1.1105	1380
93	BH12	Spitalul Municipal Salonta	0.9068	1380
94	BH 13	Spitalul Orăşenesc Ştei	0.6841	1380
95	BH14	Spitalul de Psihiatrie Stei	0.9526	1380
96	BH26	Spitalul Pelican Oradea	1.2996	1380
97	BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0.9713	1444
98	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0.7189	1380
99	BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0.7611	1380
100	BN08	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Sanovil	0.9112	1380
101	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1.3371	1444
102	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0.7504	1380
103	BR07	Spitalul "Sf.Pantelimon" Braila	1.2540	1380
104	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Braila	0.8876	1380
105	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	0.9545	1444
106	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botosani	0.5724	1380
107	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0.7701	1380
108	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botosani	0.9534	1380
109	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	1.1230	1600
110	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	0.8040	1380
111	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1.1038	1600
112	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1.3911	1380
113	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Brasov	0.7396	1380
114	BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0.8389	1380
115	BV08	Spitalul Municipal Codlea	0.8665	1380
116	BV 09	Spitalul Municipal Săcele	0.8082	1380
117	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0.7244	1380
118	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0.7481	1380
119	BV13	Spitalul de Psihiatrie şi Neurologie Brasov	1.0642	1380
120	BV17	S.C. Rur Medical S.R.L.	0.7074	1380
121	BV18	Clinicile ICCO SRL	1.7789	1380
122	BV20	S.C. Vitalmed Center SRL	0.5956	1380
123	BV21	Spitalul Teo Health SA	1.0645	1380
124	BV22	Clinica Newmedics	0.8035	1380
125	BV23	S.C. Centrul Medical Unireal S.R.L. Brasov	0.8543	1380
126	BZ01	Spitalul Judetean Buzau	0.9899	1444
127	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	0.8361	1380

128	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0.7431	1380
129	BZ09	Spitalul de Psihiatrie şi Pentru Masuri de Siguranta Sapoca	1.0255	1380
130	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1.2355	1800
131	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie Cluj-Napoca	1.5806	1600
132	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	1.1484	1600
133	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	1.3954	1600
134	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1.3843	1380
135	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	0.8094	1380
136	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1.1310	1380
137	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1.1521	1800
138	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2.1298	1600
139	CJ10	Spitalul Municipal Dej	0.9046	1380
140	CJ11	Spitalul Municipal Turda	0.9693	1380
141	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0.7332	1380
142	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	1.0224	1380
143	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	0.8130	1380
144	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0.6864	1839
145	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0.9564	1444
146	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0.6575	1380
147	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0.7583	1380
148	CL06	Spitalul de Psihiatrie Sapunari	1.2774	1380
149	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Calarasi	1.2011	1380
150	CS01	Spitalul Judetean Resita	1.1481	1444
151	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0.9344	1380
152	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0.7173	1380
153	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0.6770	1380
154	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0.7429	1380
155	CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1.2376	1800
156	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0.9325	1380
157	CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0.5751	1380
158	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0.9823	1380
159	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	0.8282	1380
160	CT08	Spitalul de Ortopedie Traumatologie şi Recuperare Medicală Eforie Sud	0.6808	1380
161	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1.4522	1380
162	CT18	S.C. Medical Analysis	0.9704	1380
163	CT19	Centrul Medical Medstar 2000	1.2086	1380
164	CT20	Euromaterna	1.1012	1380
165	CT22	Isis Medical Center	0.9676	1380
166	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	1.1009	1444
167	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	0.8358	1380
168	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0.6472	1380
169	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	0.4949	1380
170	CV08	Spitalul de Obst.- Ginecologie-Chirurgie Generala	0.5999	1380

171	DB01	Spitalul Judetean Targoviste	1.1523	1444
172	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0.8942	1380
173	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0.9574	1380
174	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0.9155	1380
175	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1.0855	1800
176	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0.8079	1380
177	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	0.9295	1380
178	DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0.8714	1380
179	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	1.0435	1380
180	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0.7288	1380
181	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0.7486	1380
182	DJ13	Spitalul Orasenesc "Asezamintele Brancovenesti" Dabuleni	0.6932	1380
183	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	1.1497	1380
184	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	1.0731	1380
185	DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1.0928	1600
186	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	0.8891	1444
187	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.8735	1380
188	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	0.9948	1380
189	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0.8562	1380
190	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0.9355	1380
191	GJ06	Spitalul Orăşenesc Bimbeşti-Jiu	0.9686	1380
192	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	0.7865	1380
193	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0.6728	1380
194	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	1.1325	1600
195	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	0.9488	1600
196	GL03	Spitalul de Pshiatrie "Elisabeta Doamna" Galati	1.0756	1380
197	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0.7423	1380
198	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galati	0.8755	1380
199	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1.1681	1380
200	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0.7314	1380
201	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	0.7507	1380
202	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0.9302	1444
203	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0.7715	1380
204	HD01	Spitalul Judetean Deva	1.2493	1600
205	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1.1635	1380
206	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1.1399	1380
207	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1.0132	1380
208	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0.9171	1380
209	HD07	Spitalul Municipal Brad	0.8642	1380
210	HD08	Spitalul Municipal Orastie	0.9086	1380
211	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0.8733	1380
212	HD18	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Masuri de Siguranta Zam	1.0963	1380
213	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1.0447	1444
214	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1.0395	1380
215	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0.8144	1380

216	HR04	Spitalul Municipal Toplita	0.9054	1380
217	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulghes	1.2686	1380
218	IF01	Spitalul Orașenesc "Dr. Maria Burghele" Buftea	0.9688	1380
219	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	1.3357	1380
220	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	0.8647	1444
221	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	1.0490	1444
222	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0.8510	1380
223	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0.6464	1380
224	IL04	Spitalul Orășenesc Țăndărei	0.6031	1380
225	IS01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Sf. Spiridon Iasi	1.2856	1800
226	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	0.9474	1600
227	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2.4199	1600
228	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	1.2414	1726
229	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	1.0942	1600
230	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0.6653	1380
231	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iasi	1.1303	1380
232	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iasi	1.2277	1380
233	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1.0837	1380
234	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1.9260	1600
235	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iasi	0.7561	1380
236	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	0.6363	1380
237	IS14	Spitalul Municipal Pascani	0.8798	1380
238	IS28	Spital Providenta	0.6653	1380
239	IS30	Arcadia Hospital	0.6974	1380
240	IS31	Arcadia Cardio	1.5316	1380
241	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iasi	1.4397	1800
242	M01	Spitalul Militar de Urgenta 'Regina Maria' Brasov	0.9840	1380
243	M02	Spitalul Militar de Urgenta "Dr.Stefan Odobleja"	0.9973	1380
244	M03	Spitalul Militar de Urgenta Cluj-Napoca	1.1447	1380
245	M04	Spitalul Militar de Urgenta Galati	0.9189	1380
246	M05	Spitalul Militar De Urgenta Dr. Victor Popescu Timisoara	0.9156	1380
247	M06	Spitalul Militar de Urgenta Avram Iancu Oradea	0.9934	1380
248	M07	Spitalul Clinic de Urgenta Militar Central	0.9992	1444
249	M08	Spitalul Militar de Urgenta Iasi	1.1090	1380
250	M09	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu	0.9487	1380
251	M10	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Ion Jianu” Pitesti	1.0104	1380
252	M11	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta	0.9491	1380
253	M12	Spitalul Militar de Urgenta Focsani	0.8114	1380
254	M13	Centrul Clinic de Urgenta de Boli Cardiovasculare "Dr. Constantin Zamfir"	1.8371	1600
255	M14	Spitalul de Urgenta "Prof.dr. Dimitrie Gerota"	1.0851	1444
256	M15	Spitalul Militar de Urgenta "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"	1.0740	1444

257	M16	Spitalul "Prof.dr. Constantin Angelescu"	0.8775	1380
258	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	0.9999	1444
259	MH02	Spitalul Municipal Orsova	0.7461	1380
260	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0.6577	1380
261	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1.2507	1600
262	MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1.2151	1380
263	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare	1.0533	1380
264	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0.9368	1380
265	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	0.8823	1380
266	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0.8557	1380
267	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	0.7782	1380
268	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0.8761	1380
269	MM12	SC Euromedica Hospital S. A.	1.4339	1380
270	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1.7909	1800
271	MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1.3190	1444
272	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1.0736	1380
273	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0.9199	1380
274	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0.8734	1380
275	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	1.0345	1380
276	MS11	Centrul de Sanatate Sangeorgiu de Padure	0.5952	1380
277	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL	0.8315	1380
278	MS16	S.C. Centrul Medical Topmed S.R.L.	1.0614	1380
279	MS18	SC Cardio Med SRL	2.1663	1380
280	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	1.0230	1380
281	MS20	S.C. Cosmex S.R.L.- Centrul Medical Puls	1.3038	1380
282	MS21	Spitalul Sovata-Niraj	0.7233	1380
283	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1.1256	1444
284	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	1.1161	1380
285	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	0.8790	1380
286	NT07	Sanatoriul TBC Bisericani	0.8056	1380
287	OT01	Spitalul Judetean Slatina	1.0980	1444
288	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	1.0326	1380
289	OT03	Spitalul Municipal Caracal	1.0472	1380
290	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0.8858	1380
291	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	0.9921	1600
292	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0.7894	1380
293	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0.9101	1380
294	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0.7109	1380
295	PH07	Spitalul Municipal Campina	0.8526	1380
296	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0.6706	1380
297	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0.6655	1380
298	PH 01	Spitalul Orăşenesc Urlați	0.6886	1380
299	PH102	Spitalul De Pneumoftiziologie Drajna	0.8502	1380
300	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0.7093	1380
301	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	1.3068	1380
302	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	0.7801	1380

303	PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	0.8382	1380
304	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti	0.8323	1380
305	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	0.9990	1380
306	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0.7679	1600
307	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1.2379	1600
308	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	1.1198	1380
309	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	0.7938	1380
310	SB04	Spitalul Municipal Medias	0.9885	1380
311	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0.8260	1380
312	SB06	Spitalul Orăşenesc Cisnădie	0.8020	1380
313	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1.4437	1600
314	SB10	Centrul Medical Polisano	1.1486	1380
315	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1.2192	1444
316	SJ02	Spitalul Orasenesc "prof. Dr. Ioan Puscas" Simleu Silvaniei	0.7735	1380
317	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0.7625	1380
318	SJ10	S. C. Salvosan Ciobanca I.S.R.L.	0.9644	1380
319	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	0.9794	1444
320	SM04	Spitalul Municipal Carei	0.9341	1380
321	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0.8393	1380
322	SM08	Gynoprax	0.7208	1380
323	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1.2296	1600
324	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	0.9422	1380
325	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0.8292	1380
326	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0.7024	1380
327	SV05	Spitalul Municipal Radauti	0.9481	1380
328	SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0.6432	1380
329	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7139	1380
330	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	1.1651	1380
331	SV12	Spitalul de Psihiatrie Campulung Moldovenesc	1.2630	1380
332	SV17	Spitalul Bethesda Suceava	0.9211	1380
333	T01	Spitalul General CF 2 Bucuresti	0.9325	1380
334	T02	Spitalul Universitar CF Witing	0.6808	1380
335	T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0.8818	1380
336	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	0.8073	1392
337	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0.8301	1380
338	T06	Spitalul Universitar C.F. Iasi	1.0700	1380
339	T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0.7344	1380
340	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	1.0053	1380
341	T09	Spitalul General CF Brasov	0.8898	1380
342	T10	Spitalul C.F.R. Galati	0.8707	1380
343	T11	Spitalul General CF Ploiesti	0.7402	1380
344	T12	Spital General CF Sibiu	0.7543	1380
345	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0.8332	1380
346	T14	Spitalul General CF Pascani	0.6077	1380
347	T15	Spitalul General CF Simeria	0.8449	1380
348	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0.9382	1444
349	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0.8366	1380

350	TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1.4721	1800
351	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1.1295	1600
352	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1.1757	1600
353	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1.3099	1481
354	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1.8450	1600
355	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1.0029	1380
356	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0.5757	1380
357	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0.8803	1380
358	TM11	Spitalul Orasenesc Samnicolau Mare	0.8356	1380
359	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0.6447	1380
360	TM15	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Masuri de Siguranta Gataia	1.2747	1380
361	TM16	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Masuri de Siguranta Jebel	0.9419	1380
362	TM17	Centrul Clinic de Evaluare şi Recuperare pentru Copii şi Adolescenti Cristian Serban Buzias	0.6380	1380
363	TM19	S.C. Brol Medica Center S.R.L.	0.7590	1380
364	TM21	S.C. Gynatal S.R.L.	0.9102	1380
365	TM22	Centrul De Oncologie Oncohelp	0.7611	1380
366	TM23	Athena Hospital	0.8934	1380
367	TM24	S.C. Medicorclinics S.R.L.	0.9535	1380
368	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0.8928	1444
369	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0.6072	1380
370	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0.8420	1380
371	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0.5932	1380
372	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede	0.8346	1380
373	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	1.1677	1380
374	TR12	Spitalul Orasenesc Videle	0.6103	1380
375	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	0.9717	1444
376	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0.8085	1380
377	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0.7275	1380
378	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0.7148	1380
379	VL11	SC Incarmed SRL Ramnicu Valcea	0.7105	1380
380	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	1.0171	1444
381	VN02	Spitalul Municipal Adjud	0.8082	1380
382	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0.8636	1380
383	VN07	Spitalul Comunal Vidra	0.5961	1380
384	VN09	Spital Materna SRL	1.0387	1380
385	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	1.0277	1444
386	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	1.0509	1380
387	VS04	Spitalul Municipal Husi	1.0324	1380
388	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	0.6751	1380

Metodologia de stabilire a ICM-ului şi TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitaliceşti:

Stabilirea TCP-ului pentru anul 2013 este cea prevazuta in Ordinul 862/2011, cu modificarile si complatarile ulterioare

CM -ul pentru anul 2013 este cel avut in vedere la contractare in anul 2012.

ANEXA 17 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	**Categoria majoră de diagnostic**	**Denumire categorie majoră de diagnostic**
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli şi tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli şi tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli şi tulburări ale urechii, nasului, gurii şi gâtului
4	CMD 04	Boli şi tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli şi tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli şi tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli şi tulburări ale sistemului hepatobiliar şi ale pancreasului
8	CMD 08	Boli şi tulburări ale sistemului musculo-scheletal şi ţesutului conjunctiv

9	CMD 09	Boli şi tulburări ale pielii, ţesutului subcutanat şi sânului
10	CMD 10	Boli şi tulburări endocrine, nutriţionale şi metabolice
11	CMD 11	Boli şi tulburări ale rinichiului şi tractului urinar
12	CMD 12	Boli şi tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli şi tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcină, naştere şi lăuzie
15	CMD 15	Nou-născuţi şi alţi neonatali
16	CMD 16	Boli şi tulburări ale sângelui şi organelor hematopoietice şi tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice şi neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infecţioase şi parazitare
19	CMD 19	Boli şi tulburări mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri şi tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otrăviri şi efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenţează starea de sănătate şi alte contacte cu serviciile de sănătate
24		DRG abatere

ANEXA 17 B II

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Categoria majoră de diagnostic (CMD)
B - Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A)
C - Limita inferioară a DS
D - Limita superioară a DS
E - Mediana DS în secţiile ATI, naţional

Nr. crt.	**A**	**B**	**Grupa de diagnostic**	**Descrierea grupelor de diagnostice**	**Valoare relativă**	**DMS**	**C**	**D**	**E**
1	24	C	91010	Proceduri extinse în sala de operaţii neînrudite cu diagnosticul principal	2.7534	9.22	2	35	1.0
2	24	C	91020	Proceduri neextinse în sala de operaţii, neînrudite cu diagnosticul principal	1.4365	6.48	1	24	1.0
3	24	C	91030	Proceduri în sala de operaţii ale prostatei neînrudite cu diagnosticul principal	3.4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0.6490	-	-	-	-

5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-	-	-
6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea	2.3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0.0000	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plămân/ inimă sau plămân	0.0000	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inimă	0.0000	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilaţie > 95 ore	14.2331	16.65	2	68	7.0
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de măduvă osoasă	0.0000	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de măduvă osoasă cu CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de măduvă osoasă fără CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fără transplant de pancreas fără CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporală fără chirurgie cardiacă	28.5797	9.20	2	32	3.5
17	0	A	A2021	Intubaţie vârsta < 16 cu CC	4.1332	-	-	-	-
18	0	A	A2022	Intubaţie vârsta < 16 fără CC	1.6508	6.37	1	21	1.0
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	11.53	3	37	1.0
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	13.79	3	48	1.0
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	13.12	3	40	1.0
22	1	C	B1023	Craniotomie fără CC	2.5833	12.16	3	43	1.0
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul coloanei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	10.49	3	27	1.0
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul coloanei vertebrale fără CC catastrofale sau severe	2.0414	7.69	3	19	1.0

25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	9.03	3	25	1.0
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fără CC catastrofale sau severe	1.4176	6.63	1	27	1.0
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	4.21	1	13	0.0
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	9.31	2	33	1.0
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie fără CC catastrofale sau severe	0.7561	6.68	2	24	1.0
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni şi periferici şi alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	5.64	2	17	1.0
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni şi periferici şi alte proceduri ale sistemului nervos fără CC	0.7120	4.80	1	15	1.0
32	1	A	B2010	Plasmafereză cu boli neurologice	0.8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrică EEG	0.8317	8.70	2	30	2.0
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale	5.0342	11.08	1	50	4.0
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale	1.5122	8.46	2	30	1.0
36	1	M	B3021	Afecţiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	4.8704	8.10	2	29	1.0
37	1	M	B3022	Afecţiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	1.2601	7.49	2	24	1.0

38	1	M	B3030	Internare pentru afereză	0.1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Demenţă şi alte tulburări cronice ale funcţiei cerebrale	1.7957	11.27	2	41	3.0
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	-	-	-	-
41	1	M	B3052	Delir fără CC catastrofale	0.8884	12.51	3	38	2.0
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrală	0.3339	5.67	2	15	4.0
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	7.22	1	30	2.0
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.7624	4.90	1	19	2.0
45	1	M	B3081	Tulburări degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	8.86	2	28	4.0
46	1	M	B3082	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	0.8821	7.36	2	22	4.0
47	1	M	B3083	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.4032	6.07	1	23	2.0
48	1	M	B3091	Scleroză multiplă şi ataxia de origine cerebeloasă cu CC	1.8776	7.12	2	20	5.0
49	1	M	B3092	Scleroză multiplă şi ataxia de origine cerebeloasă fără CC	0.3591	5.75	2	16	9.0
50	1	M	B3101	AIT şi ocluzie precerebrală cu CC catastrofale sau severe	0.9766	7.10	2	19	5.0
51	1	M	B3102	AIT şi ocluzie precerebrală fără CC catastrofale sau severe	0.4284	6.25	2	17	4.0
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	12.17	3	39	5.0
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	9.28	3	27	5.0
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fără CC catastrofale sau severe	1.0585	7.81	2	23	4.0

55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.83	1	5	1.0
56	1	M	B3121	Tulburări ale nervilor cranieni şi periferici cu CC	1.2223	6.63	2	17	3.0
57	1	M	B3122	Tulburări ale nervilor cranieni şi periferici fără CC	0.2520	6.04	2	18	1.0
58	1	M	B3131	Infecţii ale sistemului nervos cu excepţia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	10.78	2	43	6.0
59	1	M	B3132	Infecţii ale sistemului nervos cu excepţia meningitei virale fără CC catastrofale sau severe	1.1467	7.56	2	30	6.0
60	1	M	B3140	Meningită virală	0.6175	9.27	1	42	10.0
61	1	M	B3150	Stupoare şi comă non-traumatică	0.5482	4.68	1	18	2.0
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.68	2	13	1.0
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	6.00	2	18	2.0
64	1	M	B3172	Atacuri fără CC catastrofale sau severe	0.3717	5.34	1	17	1.0
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	4.69	1	15	2.5
66	1	M	B3191	Leziune intracraniană cu CC catastrofale sau severe	1.9973	6.40	1	26	2.0
67	1	M	B3192	Leziune intracraniană fără CC catastrofale sau severe	0.8191	3.94	1	13	1.0
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	5.07	1	17	1.0
69	1	M	B3210	Altă leziune a capului	0.2394	3.19	1	9	1.0
70	1	M	B3221	Alte tulburări ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	6.09	2	19	2.5
71	1	M	B3222	Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.5545	8.42	1	33	1.0
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.37	2	15	1.0
73	2	C	C1020	Enucleeri şi proceduri ale orbitei	1.1278	4.19	1	11	1.0

74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.71	1	6	1.0
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei şi conjunctivei	0.8884	5.49	3	11	1.0
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	4.01	1	13	1.0
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.66	1	6	1.0
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.71	1	11	1.0
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei şi conjunctivei	0.4158	3.26	1	9	1.0
80	2	C	C1090	Proceduri privind căile lacrimare	0.2835	4.29	1	12	1.0
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.3150	3.16	1	9	1.0
82	2	C	C1111	Glaucom şi proceduri complexe ale cataractei	0.8191	4.00	2	9	1.0
83	2	C	C1112	Glaucom şi proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	3.25	1	7	1.0
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infecţii oculare acute şi majore vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	5.73	2	14	4.0
87	2	M	C3012	Infecţii oculare acute şi majore vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.7057	4.15	2	11	0.5
88	2	M	C3020	Tulburări neurologice şi vasculare ale ochiului	0.4347	5.65	2	17	1.0
89	2	M	C3030	Hifema şi traume oculare tratate medical	0.2898	4.32	1	13	1.0
90	2	M	C3041	Alte tulburări ale ochiului cu CC	0.7498	4.57	2	12	1.0
91	2	M	C3042	Alte tulburări ale ochiului fără CC	0.2961	3.79	1	12	1.0
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	-	-	-	-
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului şi gâtului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	6.80	2	20	1.0

94	3	C	D1022	Proceduri ale capului şi gâtului cu stare malignă sau CC moderate	1.8335	8.96	2	32	1.0
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului şi gâtului fără stare malignă fără CC	1.1152	9.24	2	36	1.0
96	3	C	D1030	Cura chirugicală a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	8.64	3	23	1.0
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-facială cu CC	1.6193	5.58	2	17	1.0
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-facială fără CC	0.9325	5.30	1	17	1.0
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	8.57	3	21	1.0
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei şi urechii medii	0.8947	7.23	2	19	1.0
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii şi gâtului	0.5671	5.14	2	14	1.0
102	3	C	D1080	Proceduri nazale	0.5293	5.00	2	13	1.0
103	3	C	D1090	Amigdalectomie şi/sau adenoidectomie	0.4284	3.03	1	8	1.0
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii şi gâtului	0.6427	4.24	1	12	1.0
105	3	C	D1110	Miringotomie cu inserţie de tub	0.2457	5.53	1	18	1.0
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii şi glandei salivare	0.4978	4.27	1	12	1.0
107	3	A	D2010	Extracţii dentare şi restaurare	0.3402	3.64	1	10	1.0
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afecţiuni ORL	0.2016	-	-	-	-
109	3	M	D3011	Stare malignă a urechii, nasului, gurii şi gâtului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	7.64	1	28	1.0
110	3	M	D3012	Stare malignă a urechii, nasului, gurii şi gâtului fără CC catastrofale sau severe	0.5608	6.26	1	22	1.0
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.94	2	16	3.0
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	4.73	2	12	1.5

113	3	M	D3041	Otita medie şi infecţie a căilor respiratorii superioare cu CC	0.5293	5.03	2	12	2.0
114	3	M	D3042	Otita medie şi infecţie a căilor respiratorii superioare fără CC	0.3024	4.69	2	12	1.0
115	3	M	D3050	Laringotraheita şi epiglotita	0.2394	5.03	2	12	2.0
116	3	M	D3060	Traumatism şi diformitate nazale	0.2583	3.94	1	11	1.0
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura şi gâtul cu CC	0.6490	5.19	2	13	1.0
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura şi gâtul fără CC	0.2457	4.91	1	15	1.0
119	3	M	D3081	Tulburări orale şi dentare cu excepţia extracţiilor şi reconstituirilor	0.5293	4.39	1	13	1.0
120	3	M	D3082	Tulburări orale şi dentare cu excepţia extracţiilor şi reconstituirilor de zi	0.1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	12.75	2	47	1.0
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fără CC catastrofale	2.1989	8.99	2	35	1.0
123	4	C	E1021	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	4.73	1	16	1.0
124	4	C	E1022	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	5.26	1	16	1.0
125	4	C	E1023	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului respirator fără CC catastrofale sau severe	0.6112	3.70	1	10	1.0
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.53	1	37	3.0
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilaţie neinvazivă	2.6337	8.09	1	41	1.0
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice	0.2016	-	-	-	-

				ale aparatului respirator, de zi					
129	4	M	E3011	Fibroză cistică cu CC catastrofale sau severe	2.6652	9.23	2	34	3.0
130	4	M	E3012	Fibroză cistică fără CC catastrofale sau severe	2.0036	5.04	1	16	21.0
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.58	2	37	2.0
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fără CC catastrofale sau severe	0.7876	9.16	2	32	3.0
133	4	M	E3031	Infecţii respiratorii/ inflamaţii cu CC catastrofale	1.6697	8.20	3	23	3.0
134	4	M	E3032	Infecţii respiratorii/ inflamaţii cu CC severe sau moderate	0.9703	7.50	3	19	2.0
135	4	M	E3033	Infecţii respiratorii/ inflamaţii fără CC	0.5608	7.27	2	20	2.0
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	5.68	1	19	1.0
137	4	M	E3050	Edem pulmonar şi insuficienţă respiratorie	0.8758	6.48	2	19	2.0
138	4	M	E3061	Boală cronică obstructivă a căilor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	8.51	3	21	4.0
139	4	M	E3062	Boală cronică obstructivă a căilor respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.6805	8.35	3	21	2.5
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta > 69 cu CC	1.4302	6.60	2	18	4.0
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta > 69 sau cu CC	0.7435	5.74	2	16	2.0
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta < 70 fără CC	0.4032	4.69	2	13	1.0
143	4	M	E3081	Semne şi simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	6.73	2	23	3.0
144	4	M	E3082	Semne şi simptome respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.3087	5.70	1	19	1.0
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	7.69	2	23	2.0
146	4	M	E3101	Bronşită şi astm vârsta	0.7624	7.69	3	19	3.0

				> 49 cu CC					
147	4	M	E3102	Bronşită şi astm vârsta > 49 sau cu CC	0.5041	6.12	2	16	2.0
148	4	M	E3103	Bronşită şi astm vârsta < 50 fără CC	0.3339	5.46	2	14	1.0
149	4	M	E3111	Tuse convulsivă şi bronşiolită acută cu CC	1.0396	5.97	2	14	2.0
150	4	M	E3112	Tuse convulsivă şi bronşiolită acută fără CC	0.5608	5.17	2	14	3.0
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	6.71	2	23	2.0
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	6.09	1	22	2.0
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fără CC	0.4725	5.39	1	20	1.0
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii apărute în perioada neonatală	0.9829	-	-	-	-
155	4	M	E3141	Revărsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	9.69	2	34	3.0
156	4	M	E3142	Revărsat pleural cu CC severe	1.0396	8.89	2	29	2.5
157	4	M	E3143	Revărsat pleural fără CC catastrofale sau severe	0.6049	8.79	2	31	1.0
158	4	M	E3151	Boală interstiţială pulmonară cu CC catastrofale	1.6760	6.79	3	15	3.0
159	4	M	E3152	Boală interstiţială pulmonară cu CC severe	1.1530	6.19	3	14	2.0
160	4	M	E3153	Boală interstiţială pulmonară fără CC catastrofale sau severe	0.6616	5.88	3	13	1.0
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta > 64 cu CC	0.9388	6.17	1	26	2.0
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta > 64 sau cu CC	0.6364	5.66	1	19	2.0
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta < 65 fără CC	0.3843	4.76	2	14	1.0
164	5	C	F1011	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	11.22	2	43	1.0

165	5	C	F1012	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fără CC catastrofale sau severe	6.3195	-	-	-	-
166	5	C	F1020	Implant/Înlocuire componenta AICD	6.3447	9.00	2	29	-
167	5	C	F1030	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB cu investigaţie cardiacă invazivă	8.8524	20.98	7	53	3.0
168	5	C	F1041	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigaţie cardiacă invazivă cu CC catastrofale	6.1557	17.19	7	39	3.0
169	5	C	F1042	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigaţie cardiacă invazivă fără CC catastrofale	4.3663	17.46	6	44	4.0
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigaţii cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	19.19	8	41	3.0
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigaţii cardiace invazive fără CC catastrofale	4.9397	19.48	7	45	3.0
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fără investigaţii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	15.03	6	32	2.0
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fără investigaţii cardiace invazive fără CC catastrofale sau severe	3.0999	13.94	6	30	2.0
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7.5230	16.52	4	50	2.0
175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB fără CC catastrofale	4.5365	-	-	-	-
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstrucţie vasculară fără pompa CPB cu CC catastrofale	5.2232	11.48	1	65	1.0
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstrucţie vasculară fără pompa CPB fără CC catastrofale	2.5266	7.82	1	47	1.0

178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fără pompa CPB cu CC catastrofale	4.1143	9.65	2	40	2.0
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fără pompa CPB fără CC catastrofale	2.6715	9.24	2	34	1.0
180	5	C	F1100	Intervenţie coronară percutanată cu IMA	1.8461	6.16	2	16	3.0
181	5	C	F1111	Amputaţie pentru sistemul circulator cu excepţia membrului superior şi a degetului de la picior cu CC catastrofale	5.9037	17.17	4	56	1.0
182	5	C	F1112	Amputaţie pentru sistemul circulator cu excepţia membrului superior şi a degetului de la picior fără CC catastrofale	2.9487	17.13	5	47	1.0
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.73	2	19	3.0
184	5	C	F1130	Amputaţie a membrului superior şi a degetului pentru tulburări ale sistemului circulator	2.3375	14.12	3	48	1.0
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptând reconstrucţia majoră fără pompa CPB cu CC catastrofale	3.1881	6.95	2	25	1.0
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptând reconstrucţia majoră fără pompa CPB cu CC severe	1.3420	6.56	1	24	1.0
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptând reconstrucţia majoră fără pompa CPB fără CC catastrofale sau severe	0.9388	5.27	1	17	1.0
188	5	C	F1150	Intervenţie coronară percutanată fără IMA cu implantare de stent	1.2853	5.65	2	17	1.0
189	5	C	F1160	Intervenţie coronară percutanată fără IMA fără implantare de stent	1.2538	5.35	1	17	1.0
190	5	C	F1170	Înlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	7.09	2	22	1.0
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptând	1.2160	6.39	2	20	0.5

				înlocuirea dispozitivului					
192	5	C	F1190	Altă intervenţie percutanată cardiacă transvasculară	1.5689	-	-	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor şi stripping	0.6616	5.82	2	18	1.0
194	5	C	F1211	Alte proceduri în sala de operaţii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	6.92	1	27	2.0
195	5	C	F1212	Alte proceduri în sala de operaţii privind sistemul circulator fără CC catastrofale	1.2601	6.42	1	22	1.0
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	7.23	1	31	2.0
197	5	A	F2021	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.7327	7.01	2	22	2.5
198	5	A	F2022	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	1.0648	6.07	2	17	-
199	5	A	F2031	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă cu diagnostic principal complex	1.0396	4.92	1	15	5.0
200	5	A	F2032	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă fără diagnostic principal complex	0.5608	3.64	1	10	1.0
201	5	M	F3011	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigaţie cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.3609	8.52	2	28	2.0
202	5	M	F3012	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigaţie cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	0.6553	6.90	1	29	1.0
203	5	M	F3013	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri	0.7561	3.84	1	16	1.0

				de investigaţie cardiacă invazivă, decedat					
204	5	M	F3020	Endocardită infecţioasă	2.7471	18.49	2	98	4.5
205	5	M	F3031	Insuficienţă cardiacă şi şoc cu CC catastrofale	1.6886	7.30	2	21	2.0
206	5	M	F3032	Insuficienţă cardiacă şi şoc fără CC catastrofale	0.7561	6.64	2	17	2.0
207	5	M	F3041	Tromboză venoasă cu CC catastrofale sau severe	1.2538	8.24	3	21	4.0
208	5	M	F3042	Tromboză venoasă fără CC catastrofale sau severe	0.5734	7.37	3	19	6.0
209	5	M	F3050	Ulceraţie a pielii pentru tulburări circulatorii	1.5689	8.96	3	22	3.0
210	5	M	F3061	Tulburări vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	6.90	2	22	2.0
211	5	M	F3062	Tulburări vasculare periferice fără CC catastrofale sau severe	0.4284	7.33	2	24	2.0
212	5	M	F3071	Ateroscleroză coronariană cu CC	0.5482	6.94	2	20	3.0
213	5	M	F3072	Ateroscleroză coronariană fără CC	0.2646	7.55	2	24	3.0
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.37	2	17	3.0
215	5	M	F3082	Hipertensiune fără CC	0.3528	6.66	2	20	3.0
216	5	M	F3090	Boală congenitală de inimă	0.3780	5.42	1	18	5.0
217	5	M	F3101	Tulburări valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	6.52	2	19	3.0
218	5	M	F3102	Tulburări valvulare fără CC catastrofale sau severe	0.2520	5.55	2	17	1.0
219	5	M	F3111	Aritmie majoră şi stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.60	1	25	1.0
220	5	M	F3112	Aritmie majoră şi stop cardiac fără CC catastrofale sau severe	0.4473	5.57	1	22	1.0
221	5	M	F3121	Aritmie non-majoră şi tulburări de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	7.03	2	19	3.0

222	5	M	F3122	Aritmie non-majoră şi tulburări de conducere fără CC catastrofale sau severe	0.3654	5.24	2	16	2.0
223	5	M	F3131	Angină instabilă cu CC catastrofale sau severe	0.8317	6.24	2	16	2.0
224	5	M	F3132	Angină instabilă fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.68	2	16	2.0
225	5	M	F3141	Sincopă şi colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.48	2	16	2.0
226	5	M	F3142	Sincopă şi colaps fără CC catastrofale sau severe	0.2961	4.22	1	12	1.0
227	5	M	F3150	Durere toracică	0.2646	4.07	1	12	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	7.63	2	22	3.0
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	7.16	2	20	2.0
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fără CC catastrofale sau severe	0.5230	6.01	2	19	1.0
231	6	C	G1011	Rezecţie rectală cu CC catastrofale	4.6940	17.30	5	46	3.0
232	6	C	G1012	Rezecţie rectală fără CC catastrofale	2.6841	16.26	6	37	2.0
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subţire şi gros cu CC catastrofale	4.4356	14.13	3	49	3.0
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subţire şi gros fără CC catastrofale	2.1359	11.98	3	40	3.0
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului şi duodenului cu stare malignă	5.0909	15.27	3	52	4.0
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului şi duodenului fără stare malignă cu CC catastrofale sau severe	3.8182	9.15	2	28	3.0
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului şi duodenului fără stare malignă fără CC catastrofale sau severe	1.3672	6.60	2	22	2.0

238	6	C	G1041	Aderenţe peritoneale vârsta > 49 cu CC	2.8920	10.48	3	29	1.0
239	6	C	G1042	Aderenţe peritoneale vârsta > 49 sau cu CC	1.7579	7.16	3	18	1.0
240	6	C	G1043	Aderenţe peritoneale vârsta < 50 fără CC	1.0459	5.66	2	13	1.0
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subţire şi gros cu CC	1.9532	7.11	2	23	1.0
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subţire şi gros fără CC	1.0963	5.18	1	16	1.0
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.76	2	13	1.0
245	6	C	G1072	Apendicectomie fără CC catastrofale sau severe	0.8443	4.93	2	11	1.0
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominală şi alte hernii vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	8.23	3	23	1.0
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominală şi alte hernii vârsta 1 la 59 fără CC catastrofale sau severe	0.5923	6.87	2	19	1.0
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinală şi femurală vârsta > 0	0.5797	6.19	2	16	1.0
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie vârsta < 1	0.5293	4.36	2	10	1.0
250	6	C	G1111	Proceduri anale şi la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	6.50	2	20	1.0
251	6	C	G1112	Proceduri anale şi la nivelul stomei fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.41	2	16	1.0
252	6	C	G1121	Alte proceduri în sala de operaţii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	9.63	2	38	2.0
253	6	C	G1122	Alte proceduri în sala de operaţii la nivelul sistemului digestiv fără CC catastrofale sau severe	0.8317	7.61	2	27	1.0
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii	0.9577	6.18	2	18	3.0

				pentru boli digestive majore					
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-	-
256	6	A	G2020	Colonoscopie complexă	0.4032	-	-	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	5.13	2	15	1.0
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fără CC catastrofale sau severe	0.6364	4.06	1	12	1.0
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.88	2	14	1.0
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexă cu CC catastrofale sau severe	1.8335	6.31	2	19	3.0
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexă fără CC catastrofale sau severe	0.8380	4.97	2	15	1.0
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexă, de zi	0.2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare malignă digestivă cu CC catastrofale sau severe	0.9766	5.72	1	20	3.0
266	6	M	G3012	Stare malignă digestivă fără CC catastrofale sau severe	0.5041	4.35	1	13	2.0
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinală vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	6.39	2	21	3.0
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinală vârsta < 65 fără CC catastrofale sau severe	0.2583	5.27	2	16	3.0
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	6.05	2	17	3.5
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.69	2	15	3.0
271	6	M	G3050	Boală inflamatorie a intestinului	0.5356	5.56	1	19	3.0

272	6	M	G3061	Ocluzie intestinală cu CC	0.9703	5.02	1	16	2.0
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinală fără CC	0.4473	4.10	1	12	2.0
274	6	M	G3071	Durere abdominală sau adenită mezenterică cu CC	0.4725	4.23	2	11	1.0
275	6	M	G3072	Durere abdominală sau adenită mezenterică fără CC	0.2331	3.45	1	10	1.0
276	6	M	G3081	Esofagită, gastroenterită şi diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	5.20	2	14	3.0
277	6	M	G3082	Esofagită, gastroenterită şi diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani fără CC catastrofale/severe	0.2709	4.58	2	13	2.0
278	6	M	G3091	Gastroenterită vârsta < 10 ani cu CC	0.7498	4.53	2	11	2.0
279	6	M	G3092	Gastroenterită vârsta < 10 ani fără CC	0.3402	3.95	2	10	2.0
280	6	M	G3100	Esofagită şi diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta < 10 ani	0.3717	3.57	1	9	1.0
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	5.02	1	15	1.0
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fără CC	0.2394	4.26	1	13	1.0
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat şi shunt cu CC catastrofale	5.5572	16.01	3	61	2.0
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat şi shunt fără CC catastrofale	2.4825	14.70	4	44	2.0
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare malignă sau CC catastrofale	4.2340	15.64	4	44	3.0
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă cu (CC moderate sau severe)	2.3753	14.20	4	42	2.0

287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă fără CC	1.3294	12.54	3	40	2.0
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.4320	7.88	2	24	1.0
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fără CC catastrofale sau severe	1.0648	6.16	2	15	1.0
290	7	C	H1040	Alte proceduri în sala de operaţii hepatobiliare şi pancreatice	2.4825	8.29	2	29	3.0
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisă cu explorarea închisă a CBP sau cu CC catastrofale	3.4780	12.56	4	31	2.0
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisă fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale	1.5563	10.62	4	24	2.0
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopică cu explorarea închisă a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	6.37	2	18	1.0
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopică fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale sau severe	0.8443	5.36	2	12	1.0
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sângerânde	1.9469	6.24	2	21	3.0
296	7	A	H2021	Procedură terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	2.0099	6.69	2	20	1.0
297	7	A	H2022	Procedură terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC catastrofale sau severe	0.8380	4.02	1	10	1.0
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	1.8083	6.90	2	23	0.0

299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC moderate	1.0144	4.28	1	12	1.0
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC	0.5860	5.11	1	17	0.0
301	7	M	H3011	Ciroză şi hepatită alcoolică cu CC catastrofale	1.9406	7.53	2	26	3.0
302	7	M	H3012	Ciroză şi hepatită alcoolică cu CC severe	0.9136	7.05	2	21	3.0
303	7	M	H3013	Ciroză şi hepatită alcoolică fără CC catastrofale sau severe	0.4347	6.44	2	18	3.0
304	7	M	H3021	Stare malignă a sistemului hepatobiliar şi pancreasului (vârsta > 69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	6.74	2	23	3.0
305	7	M	H3022	Stare malignă a sistemului hepatobiliar şi pancreasului (vârsta > 69 fără CC catastrofale sau severe) sau fără CC catastrofale	0.6301	5.44	1	19	3.0
306	7	M	H3031	Tulburări ale pancreasului, cu excepţia stării maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	6.79	2	20	4.0
307	7	M	H3032	Tulburări ale pancreasului, cu excepţia stării maligne fără CC catastrofale sau severe	0.5797	6.01	2	18	3.0
308	7	M	H3041	Tulburări ale ficatului, cu excepţia stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.09	2	19	3.0
309	7	M	H3042	Tulburări ale ficatului, cu excepţia stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fără CC cat/sev	0.4095	5.81	2	17	2.0
310	7	M	H3051	Tulburări ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.80	2	17	3.0

311	7	M	H3052	Tulburări ale tractului biliar fără CC	0.3465	4.73	2	14	2.0
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremităţilor inferioare	5.7966	23.32	7	60	1.0
313	8	C	I1021	Transfer de ţesut microvascular sau (grefă de piele cu CC catastrofale sau severe), cu excepţia mâinii	6.9181	12.76	2	55	1.0
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fără CC catastrofale sau severe, cu excepţia mâinii	2.7534	10.19	1	45	0.0
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de şold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	17.61	6	44	1.0
316	8	C	I1032	Înlocuire şold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de şold fără CC catastrofale sau severe	3.3834	14.86	6	32	1.0
317	8	C	I1033	Înlocuire şold fără CC catastrofale sau severe	2.7597	13.92	6	28	1.0
318	8	C	I1040	Înlocuire şi reataşare de genunchi	2.8920	14.46	5	38	1.0
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de înlocuire a articulaţiilor şi reataşare a unui membru	2.6652	-	-	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeză vertebrală cu diformitate	6.1683	14.83	3	51	3.0
321	8	C	I1070	Amputaţie	4.8767	18.42	3	71	1.0
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul şoldului şi al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	14.05	5	35	1.0
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul şoldului şi al femurului fără CC catastrofale sau severe	1.9280	12.14	4	30	1.0
324	8	C	I1091	Artrodeză vertebrală cu CC catastrofale sau severe	5.6517	7.87	2	23	1.0
325	8	C	I1092	Artrodeză vertebrală fără CC catastrofale sau severe	3.0432	7.62	1	34	1.0

326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui şi gâtului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	9.26	3	26	1.0
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui şi gâtului fără CC catastrofale sau severe	1.3546	7.80	2	23	1.0
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	10.36	1	53	1.0
329	8	C	I1121	Infecţii/inflamaţii ale oaselor şi articulaţiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular şi ţesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	11.09	2	46	1.0
330	8	C	I1122	Infecţii/inflamaţii ale oaselor şi articulaţiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular şi ţesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	8.94	2	34	1.0
331	8	C	I1123	Infecţii/inflamaţii ale oaselor şi articulaţiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular şi ţesutului conjunctiv fără CC catastrofale sau severe	1.3546	7.63	1	34	1.0
332	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei şi gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	10.72	3	34	1.0
333	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei şi gleznei vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	1.6004	10.39	3	32	1.0
334	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei şi gleznei vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	1.2034	8.51	2	26	1.0
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputaţie	1.4870	9.70	1	41	1.0
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-facială	1.9343	11.31	3	34	1.5
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umărului	0.8695	4.00	1	12	1.0
338	8	C	I1170	Chirurgie	1.4113	6.98	1	27	1.0

				maxilo-facială					
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.23	1	14	1.0
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului şi antebraţului	0.9829	5.70	2	18	0.0
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	6.96	2	23	1.0
342	8	C	I1210	Excizie locală şi îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare a şoldului şi femurului	0.8506	6.00	1	21	1.0
343	8	C	I1220	Excizie locală şi îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv şold şi femur	0.4221	4.06	1	13	1.0
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	4.20	1	13	1.0
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor şi a încheieturilor, incluzând biopsia	1.8146	6.67	1	24	1.0
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul ţesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	6.65	1	25	1.0
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul ţesuturilor moi fără CC catastrofale sau severe	0.6868	5.51	1	19	1.0
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul ţesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.64	1	24	1.0
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul ţesutului conjunctiv fără CC	0.7435	4.90	1	16	0.0
350	8	C	I1270	Reconstrucţie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.51	1	13	1.0
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mâinii	0.5545	4.16	1	13	1.0
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	5.37	1	20	1.0
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremităţii distale femurale	1.3483	5.70	1	20	1.0
354	8	M	I3030	Entorse, luxaţii şi dislocări ale şoldului, pelvisului şi coapsei	0.5356	5.26	1	17	0.0
355	8	M	I3041	Osteomielită cu CC	2.0162	9.17	1	37	3.0

356	8	M	I3042	Osteomielită fără CC	0.7120	7.93	2	29	1.0
357	8	M	I3051	Stare malignă a țesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică cu CC catastrofale sau severe	1.3609	6.76	1	25	1.0
358	8	M	I3052	Stare malignă a țesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică tologică fără CC catastrofale sau severe	0.5671	4.89	1	18	1.0
359	8	M	I3061	Tulburări inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	6.05	2	17	2.0
360	8	M	I3062	Tulburări inflamatorii musculoscheletale fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.35	2	15	1.0
361	8	M	I3071	Artrita septică cu CC catastrofale sau severe	2.3564	7.14	2	22	1.0
362	8	M	I3072	Artrita septică fără CC catastrofale sau severe	0.7939	6.65	2	22	1.0
363	8	M	I3081	Tulburări nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.59	2	17	2.0
364	8	M	I3082	Tulburări nechirurgicale ale coloanei fără CC	0.6049	5.76	2	19	1.0
365	8	M	I3083	Tulburări nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.1890	0.00	1	1	0.0
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor și artropatii specifice vârsta > 74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	6.59	2	20	1.0
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor și artropatii specifice vârsta > 74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	6.04	2	18	1.0
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor și artropatii specifice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.2898	5.78	2	18	1.0
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	6.35	2	18	1.0
370	8	M	I3111	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 cu CC	0.8695	6.73	2	21	-
371	8	M	I3112	Alte tulburări	0.4032	6.43	2	20	1.0

				musculotendinoase vârsta > 69 sau cu CC					
372	8	M	I3113	Alte tulburări musculotendinoase vârsta < 70 fără CC	0.2646	5.33	2	16	1.0
373	8	M	I3121	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta > 79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	7.02	2	21	2.0
374	8	M	I3122	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta < 80 fără CC catastrofale sau severe	0.3339	5.42	2	17	1.0
375	8	M	I3131	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/ protezelor musculoscheletale vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	11.02	2	48	3.0
376	8	M	I3132	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/ protezelor musculoscheletale vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	6.73	1	28	0.0
377	8	M	I3133	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/ protezelor musculoscheletale vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.3465	4.67	1	17	0.0
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebraţului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta > 74 cu CC	1.1026	3.83	1	10	0.0
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebraţului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta > 74 sau cu CC	0.4284	3.59	1	9	0.0
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebraţului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta < 75 fără CC	0.2835	3.00	1	8	1.0
381	8	M	I3151	Leziuni ale umărului, braţului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârsta > 64 cu CC	1.3861	4.59	1	14	0.0
382	8	M	I3152	Leziuni ale umărului,	0.5860	4.17	1	12	0.0

				braţului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei vârsta > 64 sau cu CC					
383	8	M	I3153	Leziuni ale umărului, braţului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârsta < 65 fără CC	0.2961	3.61	1	10	1.0
384	8	M	I3161	Alte tulburări musculoscheletale vârsta > 69 cu CC	1.1467	7.57	1	29	1.0
385	8	M	I3162	Alte tulburări musculoscheletale vârsta > 69 sau cu CC	0.4788	5.23	1	18	1.0
386	8	M	I3163	Alte tulburări musculoscheletale vârsta < 70 fără CC	0.2583	4.50	1	15	1.0
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	7.84	1	29	2.0
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fără CC catastrofale sau severe	0.9262	6.21	1	21	1.0
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	7.28	1	27	2.0
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fără CC catastrofale sau severe	0.4284	5.43	1	20	1.0
391	9	C	J1010	Transfer de ţesut microvascular pentru piele, ţesut subcutanat şi tulburări ale sânului	4.8137	14.73	3	49	0.0
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afecţiuni maligne ale sânului	1.2097	10.36	3	31	1.0
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afecţiuni nemaligne ale sânului	0.9829	5.30	1	18	0.0
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afecţiuni maligne ale sânului	0.5482	4.52	1	16	0.0
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afecţiuni nemaligne ale sânului	0.3780	4.37	1	14	0.0
396	9	C	J1041	Altă grefă a pielii şi/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	6.42	1	23	1.0

397	9	C	J1042	Altă grefă a pielii şi/sau proceduri de debridare fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.41	1	15	1.0
398	9	C	J1050	Proceduri perianale şi pilonidale	0.4978	4.72	1	14	1.0
399	9	C	J1060	Proceduri în sala de operaţii ale pielii, ţesutului subcutanat şi chirurgie plastică la nivelul sânului	0.4473	5.48	1	20	1.0
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, ţesutului subcutanat şi sânului	0.2709	4.32	1	14	1.0
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrelor inferioare cu ulcer/ celulită cu CC catastrofale	4.7444	11.05	3	34	1.0
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrelor inferioare cu ulcer/ celulită fără CC catastrofale cu grefă de piele/lambou de reparare	2.6148	16.14	3	62	1.0
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrelor inferioare cu ulcer/ celulită fără CC catastrofale fără grefă de piele/lambou de reparare	1.7768	8.66	2	29	0.0
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrelor inferioare fără ulcer/ celulită cu grefă de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	-	-	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrelor inferioare fără ulcer/ celulită fără (grefă de piele şi (CC catastrofale sau severe)	0.8947	5.97	1	21	1.0
406	9	C	J1100	Reconstrucţii majore ale sânului	3.5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceraţii ale pielii	1.4491	8.90	3	25	5.0
408	9	M	J3012	Ulceraţii ale pielii, de zi	0.1260	-	-	-	-
409	9	M	J3021	Tulburări maligne ale sânului (vârsta > 69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	5.59	1	21	1.0
410	9	M	J3022	Tulburări maligne ale sânului (vârsta > 69	0.2394	3.88	1	12	1.0

				fără CC) sau fără (CC catastrofale sau severe)					
411	9	M	J3030	Tulburări nemaligne ale sânului	0.2772	4.25	1	13	0.0
412	9	M	J3041	Celulită vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.3420	8.55	3	24	1.0
413	9	M	J3042	Celulită (vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe) sau vârsta < 60	0.5608	6.04	2	18	1.0
414	9	M	J3051	Traumă a pielii, ţesutului subcutanat şi sânului vârsta > 69	0.5545	5.05	2	15	2.0
415	9	M	J3052	Traumă a pielii, ţesutului subcutanat şi sânului vârsta < 70	0.2709	3.60	1	11	1.0
416	9	M	J3061	Tulburări minore ale pielii	0.5923	4.82	2	14	1.0
417	9	M	J3062	Tulburări minore ale pielii, de zi	0.1575	-	-	-	-
418	9	M	J3071	Tulburări majore ale pielii	0.9199	5.75	2	16	1.0
419	9	M	J3072	Tulburări majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	11.23	3	35	1.0
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiză	2.7849	-	-	-	-
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	11.46	3	30	1.0
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	6.06	2	14	1.0
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.11	1	16	0.5
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	5.29	2	15	1.0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	6.11	2	16	1.0
428	10	C	K1090	Alte proceduri în sala de operaţii la nivel endocrin, nutriţional şi metabolic	2.7849	6.50	2	21	1.0
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice	0.3843	-	-	-	-

				sau investigative pentru tulburări metabolice fără CC, de zi					
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.2790	6.58	2	17	3.0
431	10	M	K3012	Diabet fără CC catastrofale sau severe	0.5734	5.90	2	17	2.0
432	10	M	K3020	Perturbare nutriţională severă	2.3060	6.01	2	18	1.0
433	10	M	K3031	Diverse tulburări metabolice cu CC catastrofale	1.5185	6.33	2	18	3.0
434	10	M	K3032	Diverse tulburări metabolice vârsta > 74 sau cu CC severe	0.7246	5.01	2	13	2.0
435	10	M	K3033	Diverse tulburări metabolice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.3843	4.01	2	11	1.0
436	10	M	K3040	Erori înnăscute de metabolism	0.4158	4.93	1	14	2.0
437	10	M	K3051	Tulburări endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	5.17	2	13	2.0
438	10	M	K3052	Tulburări endocrine fără CC catastrofale sau severe	0.4851	4.45	2	11	1.0
439	11	C	L1011	Inserţie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă cu CC catastrofale sau severe	4.0576	18.39	1	126	1.0
440	11	C	L1012	Inserţie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă fără CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	14.95	4	46	2.0
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori fără CC catastrofale sau severe	2.7345	12.91	3	41	2.0
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori	3.6229	10.64	2	41	1.0

				benigne cu CC catastrofale					
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	8.75	2	31	1.0
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori benigne fără CC	1.2790	8.24	2	30	1.0
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.83	4	22	1.0
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8821	8.32	3	21	1.0
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	9.46	2	32	1.0
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fără CC catastrofale sau severe	0.6364	7.07	2	23	1.0
450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu excepţia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.2790	7.16	2	20	1.0
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu excepţia prostatectomiei fără CC catastrofale sau severe	0.5230	5.78	2	16	1.0
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	6.21	2	17	0.0
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fără CC	0.5419	6.06	2	19	1.0
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului şi tractului urinar cu CC catastrofal	4.9460	7.85	1	40	3.0
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului şi tractului urinar cu CC severe	2.1233	5.67	1	22	1.0
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului şi tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	1.0459	4.63	1	16	1.0

457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	5.48	2	16	0.5
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0.2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeală pentru litiază urinară	0.3969	4.07	1	12	1.0
460	11	M	L3011	Insuficienţă renală cu CC catastrofale	2.2556	9.54	2	38	3.0
461	11	M	L3012	Insuficienţă renală cu CC severe	1.2160	7.24	2	24	2.0
462	11	M	L3013	Insuficienţă renală fără CC catastrofale sau severe	0.6364	5.75	2	18	2.0
463	11	M	L3020	Internare pentru dializă renală	0.0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului şi tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	5.96	1	23	2.0
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului şi tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.50	1	14	1.0
466	11	M	L3041	Infecţii ale rinichiului şi tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	8.06	3	22	4.0
467	11	M	L3042	Infecţii ale rinichiului şi tractului urinar vârsta > 69 sau cu CC severe	0.7435	6.47	2	17	2.0
468	11	M	L3043	Infecţii ale rinichiului şi tractului urinar vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	0.4284	5.37	2	14	2.0
469	11	M	L3050	Pietre şi obstrucţie urinară	0.3276	4.54	2	13	1.0
470	11	M	L3061	Semne şi simptome ale rinichiului şi tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	4.99	2	14	2.0
471	11	M	L3062	Semne şi simptome ale rinichiului şi tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.3339	4.45	1	13	1.0
472	11	M	L3070	Strictură uretrală	0.3528	4.90	1	15	1.0
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la	2.0603	6.71	2	21	3.0

				nivelul rinichiului şi tractului urinar cu CC catastrofale					
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului şi tractului urinar cu CC severe	0.8947	5.94	2	19	2.0
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului şi tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.3087	4.88	1	15	1.0
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la bărbat	2.7723	16.01	7	34	2.0
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	1.6823	9.48	4	20	1.0
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8695	8.24	3	18	1.0
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.31	1	12	1.0
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fără CC	0.5734	3.81	1	11	0.0
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	6.08	2	17	1.0
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fără CC	0.4410	4.53	2	12	1.0
483	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	3.20	1	8	1.0
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea malignă	1.9217	4.87	1	18	1.0
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptând cele pentru starea malignă	0.6049	7.07	2	21	1.0
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fără CC, de zi	0.1890	-	-	-	-
487	12	M	M3011	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	5.55	1	20	1.0
488	12	M	M3012	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin fără CC catastrofale sau severe	0.3465	4.20	1	14	1.0
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatică	1.0837	5.18	2	15	1.0

				benignă cu CC catastrofale sau severe					
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatică benignă fără CC catastrofale sau severe	0.2835	4.41	1	13	1.0
491	12	M	M3031	Inflamaţii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	5.32	2	15	0.5
492	12	M	M3032	Inflamaţii ale sistemului reproductiv masculin fără CC	0.3402	4.51	1	13	0.0
493	12	M	M3040	Sterilizare, bărbaţi	0.2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.2520	3.98	1	12	1.0
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului şi vulvectomie radicală	3.3456	11.58	4	26	2.0
496	13	C	N1021	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor cu CC	3.0243	9.92	4	24	1.0
497	13	C	N1022	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor fără CC	1.6949	7.24	2	21	1.0
498	13	C	N1031	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor cu CC	2.5833	8.05	2	27	1.0
499	13	C	N1032	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor fără CC	1.5878	6.74	2	23	1.0
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemalignă	1.1719	8.86	4	19	1.0
501	13	C	N1051	Ovariectomie şi proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	8.35	3	22	1.0
502	13	C	N1052	Ovariectomie şi proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fără CC catastrofale sau severe	0.9955	7.45	3	19	1.0
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstrucţie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	7.37	3	18	1.0

504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin şi anexe pentru stare nemalignă	0.5104	3.72	1	10	1.0
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.22	2	11	1.0
506	13	C	N1090	Conizaţie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin şi vulvei	0.3087	3.95	1	12	1.0
507	13	C	N1100	Chiuretaj diagnostic şi histeroscopie diagnostică	0.2898	2.81	1	7	0.0
508	13	C	N1111	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului reproductiv feminin vârsta > 64 cu stare malignă sau cu CC	2.8668	4.07	1	11	1.0
509	13	C	N1112	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului reproductiv feminin vârsta < 65 fără neoplasm fără CC	0.3717	3.21	1	8	1.0
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/ Colposcopie de zi, pentru afecţiuni ale sistemului reproductiv feminin	0.1890	-	-	-	-
511	13	M	N3011	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	6.69	1	26	2.0
512	13	M	N3012	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin fără CC catastrofale sau severe	0.5797	5.16	1	18	1.0
513	13	M	N3020	Infecţii, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.06	2	11	1.0
514	13	M	N3031	Tulburări menstruale şi alte tulburări ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.08	2	10	1.0
515	13	M	N3032	Tulburări menstruale şi alte tulburări ale sistemului genital feminin fără CC	0.1827	3.34	1	9	1.0
516	14	C	O1011	Naştere prin cezariană cu CC catastrofale	2.3123	6.93	2	17	1.0
517	14	C	O1012	Naştere prin cezariană cu CC severe	1.5752	7.00	3	17	1.0
518	14	C	O1013	Naştere prin cezariană fără CC catastrofale	1.2223	5.64	2	13	1.0

				sau severe					
519	14	C	O1021	Naştere vaginală cu proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	1.2412	5.31	2	12	1.0
520	14	C	O1022	Naştere vaginală cu proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	0.9388	5.10	2	11	1.0
521	14	C	O1030	Sarcină ectopică	0.8128	6.01	2	15	1.0
522	14	C	O1040	Postpartum şi post avort cu proceduri în sala de operaţii	0.5860	3.07	1	8	1.0
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri în sala de operaţii	0.2835	2.54	1	6	1.0
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/ Colposcopie de zi, pentru sarcină, naştere sau lăuzie	0.1890	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Naştere vaginală cu CC catastrofale sau severe	1.0270	5.66	2	14	1.0
526	14	M	O3012	Naştere vaginală fără CC catastrofale sau severe	0.7309	4.77	2	10	1.0
527	14	M	O3013	Naştere vaginală singulară fără complicaţii fără alte afecţiuni	0.6238	4.72	2	10	1.0
528	14	M	O3020	Postpartum şi post avort cu proceduri în sala de operaţii	0.3402	5.53	1	17	1.0
529	14	M	O3030	Avort fără proceduri în sala de operaţii	0.2394	2.94	1	8	1.0
530	14	M	O3041	Travaliu fals înainte de 37 săptămâni sau cu CC catastrofale	0.3276	3.79	1	11	1.0
531	14	M	O3042	Travaliu fals după 37 săptămâni fără CC catastrofale	0.1449	3.64	1	10	0.0
532	14	M	O3051	Internare prenatală şi pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.08	2	11	1.0
533	14	M	O3052	Internare prenatală şi pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0.00	1	1	0.0
534	15	C	P1010	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, cu proceduri semnificative în sala	0.7561	2.33	1	6	2.0

				de operaţii					
535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/ vasculare pentru nou-născuţi	15.7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou-născut, greutate la internare 1000 - 1499 g cu procedura semnificativă în sala de operaţii	12.4375	22.02	2	124	16.0
537	15	C	P1040	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g cu procedura semnificativă în sala de operaţii	9.9109	14.71	1	81	7.5
538	15	C	P1050	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g cu procedura semnificativă în sala de operaţii	6.4140	11.31	2	42	12.5
539	15	C	P1061	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	10.1629	22.54	3	85	13.0
540	15	C	P1062	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme multiple majore	3.2700	4.95	2	10	2.0
541	15	M	P3011	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.48	1	4	1.0
542	15	M	P3012	Nou-născut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de la internare, fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără diagnostic neonatal	0.4536	1.31	1	3	1.0
543	15	M	P3020	Nou-născut, greutate la internare < 750 g	22.6886	16.02	1	79	7.5
544	15	M	P3030	Nou-născut, greutate la internare 750 - 999 g	15.7579	22.62	2	118	12.5
545	15	M	P3040	Nou-născut, greutate la internare 1000 - 1249 g fără procedură	6.0801	19.02	1	107	13.0

				semnificativă în sala de operaţii					
546	15	M	P3050	Nou-născut, greutate la internare 1250 - 1499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii	4.5113	21.54	2	126	8.5
547	15	M	P3061	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	4.6751	21.58	3	87	13.5
548	15	M	P3062	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme majore	3.1944	15.57	2	67	8.0
549	15	M	P3063	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu alte probleme	2.3312	15.47	2	68	6.0
550	15	M	P3064	Nou-născut, greutate la internare 1500 - 1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme	2.1296	12.78	2	60	2.5
551	15	M	P3071	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	2.5581	13.01	2	50	7.0
552	15	M	P3072	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme majore	2.0918	9.08	2	28	4.5
553	15	M	P3073	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu alte probleme	1.4176	7.51	2	22	3.0
554	15	M	P3074	Nou-născut, greutate la internare 2000 - 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme	0.6301	6.84	2	19	1.0

555	15	M	P3081	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	2.2934	8.76	2	26	7.0
556	15	M	P3082	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme majore	1.3042	5.57	2	12	3.0
557	15	M	P3083	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu alte probleme	0.7309	4.59	2	9	2.0
558	15	M	P3084	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operaţii, fără probleme	0.3150	4.14	2	7	1.0
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	11.97	4	32	2.0
560	16	C	Q1021	Alte proceduri în sala de operaţii ale sângelui şi organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	5.17	1	16	1.0
561	16	C	Q1022	Alte proceduri în sala de operaţii ale sângelui şi organelor hematopoietice fără CC catastrofale sau severe	0.6175	4.89	1	15	1.0
562	16	M	Q3011	Tulburări reticuloendoteliale şi de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	5.29	2	15	2.0
563	16	M	Q3012	Tulburări reticuloendoteliale şi de imunitate fără CC catastrofale sau severe cu stare malignă	0.7120	9.20	1	23	1.0
564	16	M	Q3013	Tulburări reticuloendoteliale şi de imunitate fără CC catastrofale sau severe fără stare malignă	0.2331	5.04	2	15	1.0
565	16	M	Q3021	Tulburări ale globulelor roşii cu CC catastrofale	1.3168	7.01	2	23	2.0
566	16	M	Q3022	Tulburări ale globulelor roşii cu CC severe	0.6490	6.10	2	19	2.0
567	16	M	Q3023	Tulburări ale	0.2268	5.15	1	16	3.0

				globulelor roşii fără CC catastrofale sau severe					
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	5.78	1	21	2.0
569	17	C	R1011	Limfom şi leucemie cu proceduri majore în sala de operaţii, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	11.06	2	48	1.0
570	17	C	R1012	Limfom şi leucemie cu proceduri majore în sala de operaţii, fără CC catastrofale sau severe	2.0162	7.64	1	32	1.0
571	17	C	R1021	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operaţii, cu CC catastrofale sau severe	3.3960	10.12	2	45	1.0
572	17	C	R1022	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operaţii, fără CC catastrofale sau severe	1.8398	5.84	1	28	1.0
573	17	C	R1031	Limfom şi leucemie cu alte proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	4.8767	12.28	2	59	1.0
574	17	C	R1032	Limfom şi leucemie cu alte proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	0.9892	6.18	1	25	0.0
575	17	C	R1041	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	1.5248	5.90	1	21	0.0
576	17	C	R1042	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	0.7120	4.53	1	15	0.0
577	17	M	R3011	Leucemie acută cu CC catastrofale	5.3870	15.38	2	78	1.0
578	17	M	R3012	Leucemie acută cu CC severe	1.0648	7.57	1	34	1.0
579	17	M	R3013	Leucemie acută fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.68	1	17	1.0
580	17	M	R3021	Limfom şi leucemie non-acută cu CC catastrofale	3.0936	6.80	1	28	1.0
581	17	M	R3022	Limfom şi leucemie non-acută fără CC	1.0207	4.59	1	16	3.0

				catastrofale					
582	17	M	R3023	Limfom şi leucemie non-acută, de zi	0.1323	0.00	1	1	0.0
583	17	M	R3031	Alte tulburări neoplazice cu CC	1.1656	6.19	1	21	1.0
584	17	M	R3032	Alte tulburări neoplazice fără CC	0.4914	4.37	1	15	1.0
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0.1890	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	8.59	1	34	3.0
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.4320	6.25	2	19	3.0
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fără CC catastrofale sau severe	1.5941	4.44	1	13	2.0
591	18	C	T1011	Proceduri în sala de operaţii pentru boli infecţioase şi parazitare cu CC catastrofale	5.6769	10.38	2	42	2.0
592	18	C	T1012	Proceduri în sala de operaţii pentru boli infecţioase şi parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	6.28	2	19	1.0
593	18	C	T1013	Proceduri în sala de operaţii pentru boli infecţioase şi parazitare fără CC	1.3231	6.84	2	23	1.0
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	8.30	2	27	3.0
595	18	M	T3012	Septicemie fără CC catastrofale sau severe	0.8254	6.38	2	19	2.0
596	18	M	T3021	Infecţii postoperatorii şi posttraumatice vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	8.52	2	29	1.0
597	18	M	T3022	Infecţii postoperatorii şi posttraumatice vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.5545	6.22	2	17	1.0
598	18	M	T3031	Febră de origine necunoscută cu CC	0.8443	5.41	2	14	2.0
599	18	M	T3032	Febră de origine necunoscută fără CC	0.3969	4.47	1	13	1.0

600	18	M	T3041	Boală virală vârsta > 59 sau cu CC	0.5734	5.87	2	16	4.5
601	18	M	T3042	Boală virală vârsta < 60 fără CC	0.3087	4.85	2	14	2.5
602	18	M	T3051	Alte boli infecţioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.94	2	16	2.0
603	18	M	T3052	Alte boli infecţioase sau parazitare fără CC catastrofale sau severe	0.5608	5.44	2	15	1.0
604	19	A	U2010	Tratament al sănătăţii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sănătăţii mentale, de zi, fără terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1134	0.00	1	1	0.0
606	19	M	U3021	Tulburări schizofrenice cu statut legal al sănătăţii mentale	2.3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburări schizofrenice fără statut legal al sănătăţii mentale	1.3168	16.40	3	59	1.5
608	19	M	U3031	Paranoia şi tulburare psihică acută cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sănătăţii mentale	1.9280	12.73	3	43	1.0
609	19	M	U3032	Paranoia şi tulburare psihică acută fără CC catastrofale/sever fără statut legal al sănătăţii mentale	0.9325	13.38	3	47	2.0
610	19	M	U3041	Tulburări afective majore vârsta > 69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	12.64	4	37	2.0
611	19	M	U3042	Tulburări afective majore vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	1.4996	12.62	4	36	1.0
612	19	M	U3050	Alte tulburări afective şi somatoforme	0.8695	10.99	3	36	1.0
613	19	M	U3060	Tulburări de anxietate	0.6553	8.61	2	32	1.0
614	19	M	U3070	Supralimentaţie şi tulburări obsesiv-compulsive	3.3204	5.41	2	16	1.0
615	19	M	U3080	Tulburări de personalitate şi reacţii acute	0.8002	9.76	2	40	1.0

616	19	M	U3090	Tulburări mentale în copilărie	1.6634	5.60	2	17	1.0
617	20	M	V3011	Intoxicaţie cu alcool şi sevraj cu CC	0.5545	10.12	2	42	1.0
618	20	M	V3012	Intoxicaţie cu alcool şi sevraj fără CC	0.2457	8.48	1	36	1.0
619	20	M	V3020	Intoxicaţii medicamentoase şi sevraj	0.7309	11.60	2	54	1.0
620	20	M	V3031	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de alcool	0.6805	10.14	2	42	2.0
621	20	M	V3032	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de opiacee	0.3843	7.74	1	33	1.5
623	20	M	V3042	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de opiacee, pacient plecat împotriva avizului medical	0.3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburări şi dependenţe datorită consumului de droguri	0.3843	8.91	1	43	1.0
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	26.32	5	89	11.0
626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur şi membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	17.73	5	51	4.0
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	13.36	4	35	4.0
628	21	C	W1040	Alte proceduri în sala de operaţii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	15.54	3	57	4.0
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la altă unitate de îngrijiri acute, LOS < 5 zile	0.9766	1.39	1	4	1.0
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fără proceduri semnificative	2.0036	7.42	1	28	3.0

631	21	C	X1010	Transfer de țesut microvascular sau grefă de piele pentru leziuni ale mâinii	0.8380	5.30	1	18	0.0
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârsta > 59 sau cu CC	1.8272	9.21	1	35	1.0
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârsta < 60 fără CC	0.7624	6.45	1	21	1.0
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mâinii	0.5545	4.11	1	13	1.0
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	5.45	1	20	1.0
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fără CC catastrofale sau severe	0.6553	3.80	1	13	1.0
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităţilor mâinii cu transfer de țesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3.5158	15.28	2	65	1.0
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităţilor mâinii cu transfer de țesut microvascular fără CC catastrofale sau severe	1.5437	13.68	2	62	0.0
639	21	M	X3011	Leziuni vârsta > 64 cu CC	0.8506	5.38	2	20	1.0
640	21	M	X3012	Leziuni vârsta > 64 fără CC	0.2772	5.54	2	18	1.0
641	21	M	X3013	Leziuni vârsta < 65	0.2268	4.23	1	13	1.0
642	21	M	X3020	Reacţii alergice	0.2457	3.40	1	9	1.0
643	21	M	X3031	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor şi ale altor substanţe vârsta > 59 sau cu CC	0.5860	3.60	1	11	1.0
644	21	M	X3032	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor şi ale altor substanţe vârsta < 60 fără CC	0.2457	2.28	1	6	1.0
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0.9577	5.69	2	16	2.0
646	21	M	X3042	Sechele ale	0.3906	6.66	1	24	1.0

				tratamentului fără CC catastrofale sau severe					
647	21	M	X3051	Altă leziune, otrăvire şi diagnostic privind efectele toxice vârsta > 59 sau cu CC	0.6490	7.01	1	27	2.0
648	21	M	X3052	Altă leziune, otrăvire şi diagnostic privind efectele toxice vârsta < 60 fără CC	0.2268	5.51	1	20	1.0
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adâncime completă	28.8695	20.71	2	111	6.0
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefă de piele vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	25.37	5	82	2.0
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefă de piele vârsta < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	1.9469	19.78	3	81	1.0
652	22	C	Y1030	Alte proceduri în sala de operaţii pentru alte arsuri	1.1971	10.07	2	40	2.0
653	22	M	Y2011	Alte arsuri vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	9.38	2	32	1.0
654	22	M	Y2012	Alte arsuri vârsta < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	0.4347	6.11	1	21	1.0
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienţi transferaţi către alte unităţi de îngrijiri acute < 5 zile	0.2520	-	-	-	-
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	10.92	2	48	3.0
657	23	C	Z1011	Proceduri în sala de operaţii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte servicii de sănătate cu CC catastrofale/sever	1.0585	4.58	1	17	1.0
658	23	C	Z1012	Proceduri în sala de operaţii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte servicii de sănătate fără CC catastrofale/sever	0.4536	3.34	1	11	1.0
659	23	A	Z2010	Monitorizare după tratament complet cu	0.1701	4.18	1	13	1.0

				endoscopie					
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	11.10	4	27	2.5
661	23	M	Z3012	Reabilitare fără CC catastrofale sau severe	1.1341	8.67	2	27	2.0
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-	-	-
663	23	M	Z3020	Semne şi simptome	0.4410	5.37	2	17	2.0
664	23	M	Z3030	Monitorizare fără endoscopie	0.1890	4.63	1	15	4.0
665	23	M	Z3041	Alte post îngrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	3.27	1	10	4.0
666	23	M	Z3042	Alte post îngrijiri fără CC catastrofale sau severe	0.4914	3.87	1	12	0.0
667	23	M	Z3051	Alţi factori care influenţează starea de sănătate	0.5923	4.41	1	16	2.0
668	23	M	Z3052	Alţi factori care influenţează starea de sănătate, de zi	0.1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.4410	4.62	1	14	4.5

NOTA: 1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi, pentru care nu se aplică limite ale duratelor de spitalizare.

2. DMS şi limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostice sunt cele avute în vedere în anul 2012.

3. Mediana duratei de spitalizare în secţiile ATI la nivel naţional, este cea avută în vedere în anul 2012.

4. M - categorie Medicală, C - categorie chirurgicală, A - Alte categorii

Definirea termenilor utilizaţi în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienţilor externaţi (în funcţie de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienţi cu cheltuielile spitaliceşti efectuate

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

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

Coeficient atribuit în funcţie de cantitatea relativă de muncă, consumabile şi resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecţiunea/afecţiunile respective.

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

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării şi cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte diferite față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mici față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mari față de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conține un procent semnificativ de observații (de exemplu 95% din observații)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conține un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară şi limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obține o limită inferioară (LINF) şi o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în anexa 17 a).

Indice de echivalență - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcție de durata de spitalizare a cazului şi limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

e = 1 pentru LINF </= DS </= LSUP
e = DS/LINF pentru DS < LINF
e = DS/LSUP pentru DS > LSUP, e maxim = 3

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:
LINF pentru DRGi este 3 zile
LSUP pentru DRGi este 18 zile
Se observă că acest caz este un caz extrem mic (DS < LINF), deci e = DS/LINF = 2/3

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalență

$$CE = \sum (CRi \times ei)$$

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

$$K = \sum (CEi \times VRi) \; / \; \sum (CRi \times VRi)$$

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate şi pentru cazurile echivalente

$$Nr.\ CP = \sum (VRDRGi \times CRDRGi)$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic şi gravitate

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

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național / nr. total cazuri ponderate

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

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

TCR = TCP x ICM

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

TCDRGi = TCP x VRDRGi

Abrevieri:

CMD = Categorii majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CN = Cazuri normale

CEMC = Cazuri extreme mici

CEMR = Cazuri extreme mari

LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate

LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate

e = Indicele de echivalență

CE = Cazuri echivalente

K = Coeficientul cazurilor extreme

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA 17 C

**TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE,
PE SECȚIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI
ŞI DE RECUPERARE, PRECUM ŞI PENTRU SECȚIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE
CRONICI/RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE
INCLUSIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/compartimentului*	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2013 (lei)
1	Recuperare, medicina fizica si balneologie	1371	202,11-
2	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	1372	108,50
3	Cronici	1061	198,29
4	Distrofici – Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	141,43
5	Pneumoftiziologie	1301	200,20
6	Pneumoftiziologie copii	1302	258,01
7	Pediatrie cronici	1282	278,04
8	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222,1	477,80

9	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222,2	955,60
10	Psihiatrie cronici	1333	112,28
11	Psihiatrie cronici(lunga durata)	1333	97,32
12	Recuperare medicala - cardiovasculara	1383	203,07
13	Recuperare medicala - ortopedie şi traumatologie	1403	268,52
14	Recuperare medicala - respiratorie	1413	256,58
15	Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	199,08
16	Recuperare neuropsihomotorie	1423	206,89
17	Recuperare medicală - neurologie	1393	217,72
18	Recuperare medicală		211,14
19	Geriatrie, gerontologie	1121	171,05
20	Îngrijiri paliative		235,62

*) conform Ordinului ministrului sănătății şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2013 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

- nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare 2013, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 şi 11, a secției Distrofici – Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secției de recuperare neuropsihomotorie şi recuperare medicală – neurologie prevăzute la poz. 16 şi 17, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maximale se pot majora cu până la 30%.

- nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2012 + 15%, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 şi 11, a secției Distrofici – Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secției de recuperare neuropsihomotorie şi recuperare medicală – neurologie prevăzute la poz. 16 şi 17, din tabelul de mai sus, pentru care tariful contractat în anul 2013 nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2012 + 30%.

NOTA 2: Pentru spitalele care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2012 este diminuat cu 20%.

NOTA 3: Pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naştere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontează la tariful contractat pentru anul 2013, diminuat cu 20%

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUȚI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE

Nr. crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/ Compartimentului*	Tarif mediu pe caz - maximal 2013 - lei -
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	1.128,12

1.				
2.	Medicale	Boli infectioase copii	1012	937,24
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.729,39
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.007,13
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	906,13
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.069,51
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	783,21
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	1.030,42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	1.061,61
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	905,37
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	975,51
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.110,46
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.469,04
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	951,16
15.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	1.114,54
16.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	831,69
17.	Medicale	Medicina interna	1171	915,68
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.121,20
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	839,25
20.	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	818,38
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.260,46
23.	Medicale	Neurologie pediatrica	1232	1.019,90
24.	Medicale	Oncologie medicala	1241	998,10
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.224,12
26.	Medicale	Pediatrie	1252	873,16
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.004,69

28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	766,09
29.	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrica	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49
32.	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	1.428,35
33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arsi	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatrica	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrica	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	1.369,70
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	1.609,44
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	2.293,84
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	741,02
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.038,80
45.	Chirurgicale	Obstetrica	2181	946,63
46.	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	812,51
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	680,09
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	738,08
49.	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	1.288,26
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrica	2212	958,86
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.156,22
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.231,83
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.047,77
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	1.014,38

*) conform Ordinului ministrului sănătății şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2013 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:
- nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal pe 2013
- nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2012 + 15%

NOTA 2: Pentru spitalele care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful mediu pe caz maximal pentru 2013 este diminuat cu 20%.

ANEXA 17 D

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) ..... domiciliat/ă în localitatea ……., str. ……, nr. …….., bl. …….., sc. …….., et. …, ap. ……., județul ……, telefon ……., actul de identitate ……... seria …….., nr. ……., CNP/cod unic de asigurare…… cunoscând că falsul în declarații se pedepseşte conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute mai jos:

- ○ copii 0-18 ani (conform art. 213^1 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - se completează de părinți / aparținători legali)
- ○ tineri între 18 ani şi 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă (conform art. 213^1 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)
- ○ bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse (conform art. 213^1 lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)
- ○ pensionari cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună (conform art. 213^1 lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

- ○ femei însărcinate şi lăuze - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii (conform 213[1] lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – pentru toate serviciile medicale)
- ○ femei însărcinate şi lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile (conform 213[1] lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

dovedită prin documentul/documentele ……..,

Data ..... Semnătura .....

ANEXA 18
- model –

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

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

Şef departament ..... | URGENȚĂ: DA/NU |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**.....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secția ..... nr. FO ..... | Substanță contrast: DA*) ...../NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie şi
| imagistică medicală
| Precizări: .....
DA/NU | .....
7. Dg. trimitere ..... | Observații speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator ..... DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
8. Date clinice şi paraclinice | 3. Antecedente alergice ..... DA/NU
care să justifice explorarea | 4. Astm bronşic ..... DA/NU
RMN: | 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
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
                                 | osteosinteză
Dacă DA Data ...... Unde ....... | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică)      | 14. Alte proteze
.............................. | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant .... Data: .... | metalelor (schije, obiecte metalice)
Semnătura şi parafa medicului    | 16. Corpi străini intraocular
solicitant                       | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
                                 |
                                 | Semnătura pacientului
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)
```

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

```
    _____________________________________________________
   | 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/cod unic de asigurare ..............................
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 /cod unic de asigurare.....
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 urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

---

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

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

Şef departament ..... | URGENȚĂ: 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 /**cod unic de asigurare**.....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secția ..... nr. FO ..... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU | Precizări*): .....
7. Dg. trimitere ..... | .....
..... | .....
..... | Observații speciale legate de pacient:
8. Date clinice şi paraclinice care | 1) Pacient diabetic ..... DA/NU
să justifice explorarea | - în tratament cu sulfamide
..... | hipoglicemiante ..... DA/NU
..... | (dacă DA se opreşte tratamentul cu 48
..... | de ore înaintea investigației)
..... | 2) Hepatita ..... DA/NU
..... | Diagnostic angiografic stabilit
..... | .....
| .....
| .....
| .....
| .....
9. Examen angiografic anterior: | .....
DA/NU |
10. Puls: - arteră femurală dreaptă | *) - Pacientul se va prezenta
..... | obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă | efectuate: activitatea protrombinică
..... | şi timpul de protrombină determinate
| în ziua efectuării investigației,
| 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)
10. Stări alergice*): DA/NU - la substanţa de contrast ..... - alte alergii	
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 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

ANEXA 19

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE PE SECŢII/COMPARTIMENTE

Nr. crt.	Cod secţie	Secţia sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile) - SNSPMPDSB
1	1011	Boli infecţioase	7
2	1012	Boli infecţioase copii	6
3	1023	HIV/SIDA	7
4	1033	Boli parazitare	5
5	1041	Boli profesionale	10
6	1051	Cardiologie	7
7	1052	Cardiologie copii	6
8	1061	Cronici	12
9	1071	Dermatovenerologie	7
10	1072	Dermatovenerologie copii	7
11	1081	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	6,5

12	1082	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice copii	5
13	1093	Dializă peritoneală	9
14	1101	Endocrinologie	5
15	1102	Endocrinologie copii	5
16	1111	Gastroenterologie	6
17	1121	Geriatrie şi gerontologie	12
18	1131	Hematologie clinică	6
19	1132	Hematologie copii	6
20	1141	Hemodializă	3
21	1151	Imunologie clinică şi alergologie	6
22	1152	Imunologie clinică şi alergologie copii	6
23	1163	Medicină generală	7
24	1171	Medicină internă	8
25	1191	Nefrologie	7
26	1192	Nefrologie copii	6
27	1202	Neonatologie (nou-născuţi şi prematuri)	5
28	1212	Neonatologie (nou-născuţi)	5
29	1222	Neonatologie (prematuri)*)	17
30	1231	Neurologie	8
31	1232	Neurologie pediatrică	7
32	1241	Oncologie medicală	5
33	1242	Oncopediatrie	7
34	1252	Pediatrie	6
35	1262	Pediatrie (pediatrie şi recuperare pediatrică)	5
36	1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)	28
37	1282	Pediatrie cronici	13
38	1291	Pneumologie	10
39	1292	Pneumologie copii	11
40	1301	Pneumoftiziologie**)	37
41	1302	Pneumoftiziologie pediatrică**)	32
42	1311	Psihiatrie acuţi	14
43	1312	Psihiatrie pediatrică	8

44	1321	Psihiatrie (nevroze)	16
45	1333	Psihiatrie cronici	49
46	1343	Psihiatrie (acuţi şi cronici)	14
47	1353	Toxicomanie	13
48	1363	Radioterapie	12
49	1371	Recuperare, medicină fizică şi balneologie	12
50	1433	Reumatologie	9
51	1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	6
52	1463	Toxicologie	4
53	1473	Secţii sanatoriale	60
54	2013	Arşi	13
55	2023	Anestezie şi terapie intensivă - ATI	4
56	2033	Chirurgie cardiovasculară	9
57	2043	Chirurgie cardiacă şi a vaselor mari	9
58	2051	Chirurgie generală	7
59	2063	Chirurgie laparoscopică	6
60	2073	Chirurgie artroscopică	5
61	2083	Chirurgie oncologică	8
62	2092	Chirurgie şi ortopedie pediatrică	5
63	2102	Chirurgie pediatrică	6
64	2113	Chirurgie plastică şi reparatorie	6
65	2123	Chirurgie toracică	10
66	2133	Chirurgie vasculară	9
67	2141	Ginecologie	4
68	2151	Gineco-oncologie	5
69	2173	Neurochirurgie	7
70	2181	Obstetrică	4
71	2191	Obstetrică-ginecologie	4
72	2201	Oftalmologie	4
73	2202	Oftalmologie copii	6
74	2211	Ortopedie şi traumatologie	6
75	2212	Ortopedie pediatrică	6

76	2221	Otorinolaringologie (ORL)	6
77	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	4
78	2241	Sterilitate - infertilitate	3
79	2263	TBC osteoarticular	29
80	2301	Urologie	7
81	2302	Urologie pediatrică	7
82	6013	Chirurgie maxilofacială	5

*) Pentru prematurul mic şi foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

NOTA I:

1. La spitalele/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 secţia recuperare neurologie adulţi "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secţiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniţei" din structura Spitalului Judeţean de Urgenţă Târgovişte, judeţul Dâmboviţa, şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

3. La spitalele/secţiile aferente poziţiei nr. 49 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 craniocerebrale, 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 secţiile recuperare cardiovasculară adulţi din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", judeţul 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
- model -

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 paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa 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 anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Servicii medicale spitaliceşti

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul 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 medicii care îşi

desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum 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 unități.

Fac excepție urgențele medico-chirurgicale şi bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare şi tratament, şi internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la Art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale, internările pentru persoanele private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum şi transferul intraspitalicesc atunci când se schimba tipul de îngrijire şi transferul interspitalicesc şi situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția beneficiază de servicii medicale spitaliceşti programate şi acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, respectiv de servicii medicale spitaliceşti acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene /Spațiului Economic European /Elveția, precum şi serviciile medicale spitaliceşti pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultații;

b) investigații;

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 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, autorizați şi evaluați, 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 funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitaliceşti, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii

de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

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

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale 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, funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuție personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

l) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum si respectarea protocoalelor de practica medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, funcție de tipul de internare așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate;

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor şi informațiilor privitoare la asigurați, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi ale Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h) 1. să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza modelului de formular, prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contract, acesta se modifică în consecință.

2. programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să

furnizeze tratamentul adecvat cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate 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 asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței şi a dotărilor existente;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide şi sugarilor;

o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleaşi condiții ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării într-un singur exemplar, care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

y) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare, cu asigurarea confidențialității şi securității datelor cu caracter personal;

z) să acorde serviciile medicale de urgență necesare, în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului şi să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

aa) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitaliceşti de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora - pentru unitățile sanitare publice cu paturi contribuția personală a asiguraților este de maxim 300 lei/zi.

Suma reprezentând coplata şi suma reprezentând contribuția personală a asiguraților pentru serviciile hoteliere cu un grad ridicat de confort peste cel standard se încasează la externare.

ab) să afişeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014;

ae) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare-reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripția medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ag) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii;

am) să asigure continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate şi aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate care asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare şi a spitalelor pentru bolnavii cu afecțiuni cronice pentru care nu este obligatorie această condiție;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit.ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

ar) să raporteze consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare şi să publice pe site –ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate şi al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie, informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum.

as) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce priveşte calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa 41 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ……../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

aş) să afişeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății şi al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situația arieratelor înregistrate;

at) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

aț) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transport pacienți din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depăşită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate şi evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

au) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească.

av) să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activitatea anului 2012, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ax) unitățile sanitare private cu paturi sunt obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate de acestea pentru cazurile transferate către aceste unități, în termen de maxim

30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi respectivă.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat – DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014: ..... lei

b) Suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secțiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri

- prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabileşte astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se 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.

Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizor şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secția/compartimentul de paliație din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secțiile şi compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici şi de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014: ..... lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri/cazuri	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 sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile chirurgicale reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1380 lei - tariful pe caz rezolvat </= 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1380 şi nu poate fi mai mare de 460 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Tariful pe caz rezolvat pentru specialitățile medicale reprezintă maximum 1/5 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat de 1.380 lei - tariful pe caz rezolvat </= 1/5 x valoarea relativă a cazului x 1.380) şi nu poate fi mai mare de 276 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăşi 30 % din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condițiilor prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă şi în structurile de urgență din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgență, şi neinternate prin spitalizare continuă, precum şi pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din cadrul spitalului se

stabileşte prin înmulțirea numărului de cazuri cu tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Aceste sume se evidențiază distinct în prezentul contract."

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție şi pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile neinternate, precum şi numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie."

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2013 este de ..... lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2013 se defalchează lunar şi trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuți, spitalizare de zi, spitalizare cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, numai pentru spitalele care nu sunt beneficiare ale Programului pentru îngrijirea cazurilor critice a cărui finanțare este asigurată din bugetul Ministerului Sănătății, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 şi în condițiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările 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 data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013 şi în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit. a) –an) şi as)- av) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. ar) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective, suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(5) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depăşeşte prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(6) Recuperarea sumei conform alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele şi instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) şi (3) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9 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. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia şi înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor şi obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (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 situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) În situațiile prevăzute la lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Prevederile art. 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. ……. /2013, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul

2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale 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,	Manager,
.....	.....
.	
Director executiv al Direcției economice,	Director medical,
.....	.....
Director executiv al Direcției Relații Contractuale	
.....	
	Director financiar-contabil,
	.....
Vizat Juridic, Contencios	
.....	
	Director de îngrijiri,
	.....
	Director de cercetare-dezvoltare,
	.....

ANEXA 1

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:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare .....,
- contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. .....,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului,

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului,

- lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013,

- 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 condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,

- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014,

- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014,

- indicatorii de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari,

- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele de practică medicală, elaborate conform prevederilor legale în vigoare,

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin două linii de gardă, din care cel puţin o linie de gardă asigurată la sediul unităţii sanitare cu paturi, organizate şi aprobate conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice; pentru spitalele de specialitate - documentul privind dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale;

- declaraţie pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117 /2013,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor.

- declaraţie autentică din partea unităţilor sanitare private cu paturi prin reprezentantul lor legal referitoare la asumarea obligaţiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către unităţile sanitare publice cu paturi pentru cazurile transferate către acestea, fie direct fie prin intermediul unei asigurări

- documentul prin care se face dovada că spitalul a solicitat acreditarea în condiţiile legii

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

I. ACTE ADIŢIONALE

1. Act adiţional

"Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi cabinete de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete de specialitate integrate ale spitalului şi cabinete de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura 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. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice.

2. Act adiţional

"Pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv în laboratorul/laboratoarele din centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti."

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

II. Pentru 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, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

ANEXA 21

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază, minimal şi facultativ pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

A. 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
a. mai mult de 2 minute între contracţii (prima naştere)
b. mai mult de 5 minute între contracţii (la a II-a, a III-a naştere)
c. sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
d. crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
e. dureri abdominale şi temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
f. dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
g. dureri neobişnuite, fără sarcină, fără slăbiciune
2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră
b. ameţeli dar nu slăbiciune
c. simptome neclare, dar nu slăbiciune
d. probleme psiho/sociale
3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conştient, nu este cunoscut cardiac

b. arsuri minore
c. cădere de la o înălțime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conştient fără semne de leziuni grave
d. implicat în accident/incident fără simptome
4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. pacient conştient fără dificultăți în respirație sau alte simptome
b. leziuni minore după scufundare
5. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE
a. înțepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
b. înțepătură cu reacție locală puternică fără reacție generală
c. muşcătură de animal cu leziune tegumentară
6. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgență)
b. Plăgi şi contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident, fără simptome
7. INTOXICAȚII, COPII
a. Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanțe periculoase
b. Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgență
8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ŞI ALE GÂTULUI
a. Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgență
b. Plăgi, contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident fără semne sau leziuni
9. HIPO-HIPERTERMIA
a. Hipotermie uşoară fără alte simptome
b. Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine
10. LEZIUNI CHIMICE
a. Leziuni minore prin corosive
b. Implicat în accident, fără alte simptome, semne
11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)
a. Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
b. Implicat în accident fără alte simptome sau semne
c. Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic
12. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE
a. leziuni minore neproduse de arme
b. victimă a violenței, nu sunt leziuni evidente, fără reacție psihică
13. ALERGII
a. prurit şi eritem
b. reacție alergică cu durată mai mare de 30 min. după expunere
c. îngrijorare în privința reacției alergice, fără simptome în prezent
14. SINCOPA
a. lipotimie, bine acum
b. suspect sincopă la NTG, acum bine
c. aproape de sincopă, bine acum
d. cunoscut epileptic, tendință la sincopă, recuperează
15. SÂNGERAREA
a. sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
b. fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
c. hematurie
d. epistaxis minor
e. sângerări repetate la pacienți aflați sub tratament cu anticoagulante, altfel bine
16. DURERI TORACICE
a. durere la respirație sau exerciții, în plină sănătate
b. aritmie cardiacă, simte că se pierd bătăi ale inimii, altfel bine
17. DIABET ZAHARAT

a. temperatură, fără alte simptome generale
b. infecție localizată, fără alte simptome generale
c. pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
d. pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr
18. TEMPERATURĂ
a. gripă sau răceală
b. roşu în gât, altfel bine
c. temperatură, altfel bine
d. tuse, altfel bine
19. AVC (APOPLEXIE)
a. paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
b. paralizie după semne de AVC recuperat acum
20. CEFALEE
a. creştere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice
b. antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
c. cefalee (concomitent simptome moderate de greață, sensibilitate la sunet şi lumină)
d. cefalee fără alte simptome
e. suspect sinuzită
21. CONVULSII
a. antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
b. copil sub şase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează
22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. durere nespecifică, altfel bine
b. diaree şi vomă, altfel bine
c. suspect apendicită, altfel bine
d. dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
e. temperatură, dureri de spate în zona inferioară
f. dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează
g. dureri constrictive în abdomen, constipație
h. dureri de spate
23. PSIHIATRIE/SUICID
a. antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută şi corespunde antecedentelor)
b. gânduri de suicid
c. pacient deprimat, fără intenții de suicid
d. ingestie de substanțe toxice, în doză minimală
e. simptome de abstinență (sevraj)
f. atac brusc de agitație motorie cu sau fără dificultăți respiratorii
24. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)
a. temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie
b. parestezii sau amorțeală în jurul gurii şi a degetelor
c. tuse, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, fără dificultăți respiratorii acum
25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE
a. ingestia de substanță periculoasă în cantități mici fără semne sau simptome
b. simptome de sevraj
26. COPIL BOLNAV
a. antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
b. gât roşu, altfel bine
c. temperatură, altfel bine
d. tuse, altfel bine
e. simptomele unei răceli obişnuite
f. corp străin în nas sau ureche
27. URECHEA

a. dureri în ureche
b. secreții din ureche
c. leziuni minore la ureche
d. amețeală trecătoare, fără alte simptome
e. suspect sindrom de hiperventilație
f. zgomote în urechi
g. corp străin în canalul auditiv
28. OCHIUL
a. leziuni izolate minore
b. dureri acute în ochi, fără alte simptome
c. conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
d. Ochi dureros după privirea unei operațiuni de sudură, albeață

Pentru urgențele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unitățile specializate private, consultații de urgență la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

B. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport sanitar:

1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege;

2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu 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 asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

II. Transport sanitar neasistat al pacienților:

3. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

4. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) şi revascularizare periferică (by-pass aortofemural etc.), malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, BPOC oxigenodependent şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu 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 relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare;

5. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

CAPITOLUL II Pachet minimal pentru consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A şi B.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale în asistența medicală de urgență 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 şi B.

CAPITOLUL IV

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A şi lit. B pct. I.

CAPITOLUL V

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A şi B.

CAPITOLUL VI

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A şi lit. B pct. I sau Cap. I lit. A şi lit. B, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu pentru unitățile specializate private

1. Statul de personal.
2. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2013 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	
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, 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 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	

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii.

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATĂ
a consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat

ART. 1 Consultațiile de urgență la domiciliu şi activitățile de transport sanitar neasistat 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.

ART. 2 Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

1. pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleaşi condiții ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurşi 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 nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2), 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. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unităţile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

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 şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unităţile specializate private.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus.

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la art. 5 alin. (2) lit. b) şi/sau pentru contractarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat conform condiţiilor iniţiale de contractare.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu 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 specializate autorizate şi evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face lunar. Pentru unităţile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

2) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat 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 efectiv 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 consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv 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 pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu 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 consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu 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 B pct. I. poziţiile 1 şi 2 şi pct. II din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenţie destinate consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat

a) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

d) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 197 lei pentru unităţi specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs, respectiv km efectiv realizat pentru autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 1,18.lei, pentru transportul sanitar neasistat: cu ambulanţe tip A1 şi A2 tariful este de 1,80 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat este de 0,92 .lei.

(3) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 76 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 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 specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat, 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 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 consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

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 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 consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat 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 anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat furnizate

ART. 2 Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat 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 nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 / 2013.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi specializate private, 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 furnizorului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, 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 consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013, furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat 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 precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat acordate asiguraţilor în luna precedentă, în baza facturii, a listei certificată de către serviciul public de ambulanţă cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, precum şi a celorlalte

documente justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract, cu încadrarea în sumele negociate şi contractate.

g) să deconteze furnizorului consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

h) să solicite organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere.

i) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

ART. 6 Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului şi ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat; 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 anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 /2013, şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect 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 lucrătoare 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 consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat 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 acorde consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat utilizând mijlocul de intervenţie şi transport adecvat şi echipamentul corespunzător situaţiei respective în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

n) să elibereze certificatele constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea

Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

o) să introducă monitorizarea apelurilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

p) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

q) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleaşi condiții ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

r) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor.

s) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

ş) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

t) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale;

VI. Modalități de plată

ART. 7

(1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport - cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea şi repararea mijlocului de transport - şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleaşi condiții ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurşi, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleaşi condiții ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleaşi condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la alin. (2) lit. b) şi/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar conform condițiilor inițiale de contractare.

(2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu şi a activităților de transport neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate şi tariful minim negociat 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 situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați 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% față de cel contractat - numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați 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 situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu 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% față de solicitările contractate - cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la 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 unităților specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu şi numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera B pct. I pozițiile 1 şi 2 şi pct. II din anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării

asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat pentru anul 2013 este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat 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 consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoțitoare ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea serviciilor aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența 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, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) Plata consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ....., la data de ..... .

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților specializate private prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Consultațiile de urgență la domiciliu şi activitățile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de

răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea ~~şi~~ suspendarea şi rezilierea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) compartimentul nu mai îndeplineşte condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea autorizației de funcționare, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, nu se aplică unităților medicale specializate private care acordă consultații de urgență la domiciliu şi servicii de trasnport sanitar neasistat.

Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1);

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (3) şi (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea /modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3), (4) şi (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 16 lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unității specializate private declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional, semnat de ambele părți, şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a consultațiilor de urgență la domiciliu şi activităților de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat nr. .....

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu şi activități de transport sanitar neasistat, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfăşoară nr. .....,

- Autorizația de funcționare .....,
- Dovada de evaluare nr. ..... valabilă la data încheierii contractului,
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- Contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. ..... deschis la Banca .....,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul de asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- Structura organizatorică avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, compartimentul de consultații de urgență la domiciliu şi transport neasistat,
- Lista personalului 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 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 efectiv parcurşi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural .....,
- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanțelor, după caz, emise conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ANEXA 24

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi 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 deglutiție
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor
19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren
21	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale şi recomandarea dietei şi modul de administrare, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem şi contenție elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicație prin nebulizare
33	Aspirație gastrică
34	Aspirație căi respiratorii
35	Paracenteză

*) În afara injecțiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.

**) Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 - 35 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.
2. Serviciile de la punctele 1 - 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.
3. Serviciile de la punctele 25, 27 - 35 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.
4. În tarife sunt incluse şi costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

NOTA I:

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

NOTA II:

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale

ANEXA 25

CONDIȚIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi modalitățile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de statusul de performanță ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 C la ordin, în concordanță cu diagnosticul stabilit şi în funcție de patologia bolnavului şi statusul de performanță ECOG al acestuia cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicii de familie recomandă îngrijiri medicale la domiciliu, numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentație şi/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3.

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultații şi fişa de observație a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesității efectuării îngrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 50 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3),

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate 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 condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative şi asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical, 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, la nivelul furnizorului poate funcționa şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice şi cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață şi cu status de performanță ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanță ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialități oncologie şi boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27 D la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmeşte după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 60 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate / număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative şi asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării inițiale a pacientului şi este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 27 B.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcție de necesitățile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (3), cu excepția situației în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului,

situație în care se suspendă episodul de îngrijiri paliative fără a fi necesară reluarea procedurii de aprobare de către casa de asigurări de sănătate.

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se ataşează la foaia de observație/fişa medicală, după caz. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal – CNP/cod unic de asigurare, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal – CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura asiguratului, unuia din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primită, în maxim 2 zile lucrătoare de la data depunerii şi este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanță ECOG 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 destinație. Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care

confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum 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 desfăşurătorul serviciilor efectuate în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2).

(5) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(6) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise, începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2).

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative 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, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 27 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În 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 îmbunătățirea activității. 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. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., județul/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. ....., județul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi a Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de

aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliul/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117 / 2013.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, autorizați şi evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării 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 listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de desfăşurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

f) să recupereze de la furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor şi informațiilor privitoare la asigurați, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi a Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activității în asistența de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților fără nicio discriminare;

k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

l) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, în aceleaşi condiții ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții

sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor;

n) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. Modelul formularului de recomandare este prezentat în anexa nr. 27 C respectiv anexa nr. 27 D la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative se face în concordanță cu diagnosticul stabilit şi în funcție de patologia bolnavului şi statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative sau îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative;

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată - pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

p) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

q) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, şi să nu depăşească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

ş) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ț) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

u) 1. să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului Bucureşti pentru repartizarea acestuia pe zile

şi ore, conform modelului de formular prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

u) 2. programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului Bucureşti pentru repartizarea acestuia pe zile şi ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

v) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 50 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape - episoade de îngrijire. Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 60 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate / nr. minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014,

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(7) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ……./2013, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ……./2013.

(8) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(9) În situația în care, la data intrării în vigoare a Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de

aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, asigurații au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise se vor lua în calcul prevederile de la art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, ținându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu.

(10) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât 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. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul ..... .

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea 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 cazuri:

a) dacă furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor - pentru serviciile de îngrijiri paliative, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - l), m), s), t) şi u);

i) în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art. 7 lit. n) - q).

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - m), s), t) şi u) se aplică următoarele sancțiuni:

1. la prima constatare, avertisment scris;

2. la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ț), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu a obligației de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 14 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica 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. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemple a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Preşedinte - director general, ...	Reprezentant legal .....
Director executiv al Direcției economice, ...	
Director executiv al Direcției relații contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nr. .....

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;
- Cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....;
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., Cod numeric personal - copie BI/CI, după caz - al reprezentantului legal ....., după caz;

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului nr. .....;

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;

- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....;

- Copie după actul constitutiv;

- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista cu echipamentele şi/sau instrumentarul specific aflate în dotare şi documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.

- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic

- Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului

- copie a actului doveditor prin care personalul îşi exercită profesia la furnizor

- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenții medicali

- programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi ..... ore ..... profesia .....

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

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 sănătății, cu modificările şi completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2013 - 2014, precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP/cod unic de asigurare ....., actul ..... nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv medicul de familie/medicul de specialitate din spital, dr. ....., din unitatea sanitară .....,

statusul de performanță ECOG al asiguratului ....., declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. ...../data .....

DECIDE

ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....

.....

pentru ..... zile, cu tariful pe o zi de îngrijire de ..... lei, pentru ..... zile cu tariful pe o zi de îngrijire de ..... lei, pentru numitul ..... cu diagnosticul de .....

ART. 2 Tariful/tarifele pe o zi de îngrijire prevăzut/prevăzute la art. 1 este/sunt suportat/suportate de către Casa de Asigurări de Sănătate.

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 10 zile lucrătoare de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Președinte-Director General,

Viza CFP

Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

ANEXA 27 B
- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU
SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu .....C.U.I……...
Nr. Contract .... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

Numele şi prenumele asiguratului .....
CNP/cod unic de asigurare al asiguratului .....

Diagnostic medical .....
Diagnostic boli asociate .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data efectuării serviciilor
B - Nume prenume evaluator
C - Semnătura evaluator

Evaluare iniţială			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							

Re-evaluare			Problema (actuală/ potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014

ANEXA 27 C
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) ..... C.U.I……...

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare.....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....
5. statusul de performanță ECOG*) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 24 la ordin*1))	periodicitate/ritmicitate
a)	.....
b)	.....
c)	.....
d)	.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**)
.....
8. Codul medicului .....

Ştampila secției din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secție	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistență 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
.....	.....

---

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfăşoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentație şi/sau mobilizare);

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri.

*1) Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;

Nota:
Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

ANEXA 27 D
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) ..... C.U.I……...

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....
5. statusul de performanță ECOG*) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:
(din anexa nr. 24 la ordin*1))

a)	.....
b)	.....
c)	.....
d)	.....

.....
.....
.....
.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)
.....
8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data	Data .....
Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
.....	.....

---

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfăşoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentație şi/sau mobilizare)

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viață pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

*1) Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014

ANEXA 28

CONDIȚIILE
acordării asistenței medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi modalitatea de plată a acesteia

ART. 1 (1) Suma negociată şi contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți şi copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare şi de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabileşte pe baza următorilor indicatori specifici în funcție de care se stabileşte capacitatea maximă de funcționare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, şi preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

c) rata medie de utilizare a paturilor la nivel național şi în conformitate cu planul de paturi la nivel județean, stabilite prin ordin al ministrului sănătății; rata medie de utilizare a paturilor la nivel național luată în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile;

d) număr de zile de spitalizare, total şi pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național;

e) durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă de spitalizare se va lua în calcul durata optimă dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă de spitalizare.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2012.

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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 secțiile sanatoriale se stabileşte prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total şi pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)

1. Sanatorii balneare	**129**
2. Sanatorii	**110**
3. Preventorii	**62**

NOTĂ:

Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2012 + 15%. Pentru furnizorii care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful maximal se diminuează cu 20%.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată şi decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare negociat, în funcție de tipul de asistență balneară şi de durata tratamentului:

Tipul de asistență balneară	Durata*)	Contribuția asiguratului**)
1. Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	10 - 14 zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	14 - 21 zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Serviciile medicale acordate pentru duratele de spitalizare mai mari de 14, respectiv 21 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale şi pentru durate mai mici de 10 respectiv 14 de zile, conform aceloraşi procente. Contribuția asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuție, şi reprezintă venit propriu al unității sanitare.

**) 1. Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepții:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile care au fost acordate în unități sanitare de stat.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, procentul partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 recunoştinței față de eroii-martiri şi luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum şi față de persoanele care şi-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitoreşti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987, cu modificările şi completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă

din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Administrației şi Internelor şi Ministerului Apărării Naționale.

2. Pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie efectuate în sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți 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 contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie efectuate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în unități sanitare cu paturi.

ART. 3 Asigurații 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 înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, 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 alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceştia sunt internați şi avizate de şeful de secție şi manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru şi prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație 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 ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție 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, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile şi preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(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 negociat, 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 negociat, 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 data de 30 noiembrie a anului în curs, 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, medicină fizică şi balneologie se fac în condiţiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

ART. 8 Medicii care îşi desfăşoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital - cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 9 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, medicină fizică şi balneologie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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, medicină fizică şi balneologie, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 10 Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ART. 11 Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia, beneficiari ai formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului

de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Elveția.

ART.12 Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiții ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA 29
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie - pentru sanatorii şi preventorii –

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., județul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în sanatorii şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în sanatorii şi preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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, medicină fizică şi balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2013.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

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, medicină fizică şi balneologie, 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, medicină fizică şi balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport de 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 Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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; prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

h) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în baza biletelor de trimitere/biletelor de internare, dacă acestea sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

k) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor şi informațiilor privitoare la asigurați, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi ale Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activității în asistența medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h.1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în

contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

h.2) programul de lucru va avea avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului Bucureşti pentru repartizarea acestuia pe zile şi ore, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate şi sunt decontate de către aceasta; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuție personală de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate 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, medicină fizică şi balneologie asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să acorde cu prioritate asistență 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 relație contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi ale Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleaşi condiții ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ş) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică

din asigurările de sănătate caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

ţ) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu 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 acesta 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) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să acorde servicii medicale asiguraţilor numai pe bază de bilet de trimitere/de internare, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate; Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Elveţia, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European /Elveţia

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, sau după caz medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a 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, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere/de internare cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

z) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

aa) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliţi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014;

ab) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ac) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;

ae) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii;

af) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

ag) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ah) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ag), toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare negociat diferențiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de ..... lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x %	6 = 4 - 5
Asistență balneară terapeutică - cu trimitere medicală -					
Asistență balneară de recuperare medicală - cu trimitere medicală -					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secțiile sanatoriale din spitale şi preventorii este de ..... şi se stabileşte prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat ..... şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate stabilită pentru anul 2013 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) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ținându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

(2) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați 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 diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările 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 data de 30 noiembrie a anului în curs , conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit. a) - ae) atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective ;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ah) se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligațiilor de la art. 6 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(4) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depăşeşte prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele şi instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcției Economice,
.....

Director executiv al Direcției Relației contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie - pentru sanatorii şi preventorii - nr. .....

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie - pentru sanatorii şi preventorii -, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare nr. ...../....., valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr. .....,
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului,

- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,

- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare,

- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, ,

- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... 2013. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, ,

- declarația pe propria răspundere a managerului unității sanitare cu paturi că foloseşte protocoalele, elaborate şi aprobate conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ŞI DECONTARE a medicamentelor cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 1 (1) Medicamentele cu şi fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line şi în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line .

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante şi psihotrope şi îşi păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripția medicală electronică on-line şi off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line şi off-line are două componente: componenta care se completează de către medicul prescriptor şi o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare.

Seria şi numărul prescripției medicale electronice on-line şi off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line şi a celor off-line, pe medic prescriptor, şi vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line şi off-line, la solicitarea acestora.

(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă şi îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie şi poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), factura şi borderoul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat inclusiv de către asigurat/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia. În cazul eliberării medicamentelor prescrise de mai mult de o farmacie, prescripția medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează şi de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o ataşează la factura şi borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia îşi poate păstra pentru evidența proprie o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie şi două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează şi de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o ataşează, alături de un exemplar al prescripției (componenta prescriere) depuse de asigurat, la factura şi borderoul centralizator care se înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(6) Pentru elevii şi studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reşedință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studențesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris. Medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studențeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile şi compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studențeşti, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, şi cu medicii din unitățile şi compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuție personală eliberate de către aceştia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentişti din cabinetele şcolare şi studențeşti se înțelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(8) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru 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 absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările şi completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(9) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 , pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum şi o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fişa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului şi cuantumul pensiei şi va anexa la fişa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute şi de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluşi în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripției medicale şi menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului/codului

unic de asigurare. 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 30/31 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 anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013. 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 electronică, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală electronică, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita 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.

(2) Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraţilor, la externare, medicamente în limita specialităţii şi a consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în foaia de observaţie, luându-se în considerare medicaţia prescrisă anterior şi în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare.

(3) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaţionale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum şi în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepţia produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere efectele secundare sau ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiaşi DCI şi pentru care medicul prescriptor a întocmit fişă de farmacovigilenţă pe care a înaintat-o Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale.

ART. 6 Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenţie medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripţia medicală, pe care se menţionează numele, prenumele, seria şi numărul actului de identitate, codul numeric personal (CNP)/codul unic de asigurare/numărul cardului european/numărul paşaportului corespunzătoare acestuia şi data eliberării medicamentelor.-

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line şi off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate şi va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, şi care se depune de farmacie la casa de asigurări de sănătate. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie şi la care asiguratul nu renunță, şi care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar (componenta eliberare) cu DCI/medicamentele eliberate care va fi înmânat asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 şi C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament şi sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A şi B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul şi prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiaşi DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta şi pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta 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 internaționale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor

din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții medicale în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține şi codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european şi țara, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv numărul paşaportului, țara şi tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum şi prescripțiile eliberate pentru titularii de card european şi beneficiarii formularelor/documentelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular/document european).

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum şi pentru sumele decontate pentru prescripțiile eliberate pentru titularii de card european şi beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european).

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate după caz, cu evidențierea distinctă a sumei corespunzătoare procentului de 40% pentru prescripțiile de care beneficiază pensionarii cu venituri de până la 700 de lei/lună suportate din bugetul Ministerului Sănătății prin transfer către bugetul fondului.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Acordarea medicamentelor şi a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestuia.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților 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 metoda de calcul pentru sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 din sublistă, 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.

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED şi intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată.

c) în situaţia în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piaţă care a obţinut aprobarea Ministerului Sănătăţii pentru un preţ de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât preţul de referinţă pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - Secţiunile C1 şi C3;

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 cantitativ de medicamente din cadrul unui DCI pe fiecare formă farmaceutică si concentraţie corespunzător anului anterior şi are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate.

d) Pentru situaţiile prevăzute la lit. a) – c) se au în vedere prevederile art. 102 alin. (5) şi (6) din Contractul–cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

(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;

- aprobă/respinge referatul întocmit de medicul curant prin care acesta recomandă tratamentul cu un medicament ce necesită aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene şi a municipiului Bucureşti, conform criteriilor de includere/excludere în/din tratament. O copie a referatului aprobat/deciziei de aprobare emisă de către comisiile județene sau comisiile de la nivelul CNAS se va ataşa la prescripția medicală care însoțeşte factura şi borderoul centralizator depuse la casa de asigurări de sănătate.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate şi costul mediu pe pacient;
- pacienții aflați 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 2013 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescriptiilor medicale eliberate asiguratilor şi acordării vizei „bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăşi 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăşi termenul prevăzut la alin. (2).

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate şi direcțiile de sănătate publică județene şi a municipiului Bucureşti au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuție personală din partea asiguraților 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 îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 31
- model -

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Societatea comercială farmaceutică ....., reprezentată prin .....

Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor şi instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale şi autorității judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/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 contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu 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 anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

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 2013.

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 anii 2013 – 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

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 numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publice, 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. Sumele obţinute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală la termenele prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului 117/2013, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

d) să urmărească lunar, în cadrul aceluiaşi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preţ pe unitate terapeutică/preţ de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, şi total consum medicamente; să urmărească lunar evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun;

e) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale şi asiguraţilor cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru afecţiunile cronice, 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 anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

f) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, cu privire la condiţiile de contractare şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

g) 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;

h) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

i) să solicite organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă 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;

k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situaţia fondurilor lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B şi C - secţiunea C1 şi C3;

b) 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, 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; solicitarea de către asigurat se face în scris.

c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare;

d) 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;

e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013, cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale referitoare la numărul de medicamente şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

g) să întocmească şi să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu: factură, borderou centralizator, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal şi a datei de emitere a acestuia, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013; sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare, prezentate casei de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul Unic Integrat şi cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripţie medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului aprobat prin Decizia Adunării Generale Naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului deontologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;

l) 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, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) 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 Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru

privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013; n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe toate exemplarele prescripţiei medicale, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

p) 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;

q) 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;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract.

s) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu;

ş) să elibereze medicamentele din sublistele A, B şi C - secţiunea C1 şi C3 ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripţiei. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripţiei.

t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

u) 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;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate , cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum şi situaţia substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligaţii pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) 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 Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G nr.117/2013, 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 anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013;

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcţiune;

y) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

z) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României şi raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - - (farmaciştii şi asistenții de farmacie) care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcționeze sub incidența acestuia.

ab) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European /Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiții ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România ; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

VI. Modalități de plată:

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora. În situația în care în acelaşi formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013, pentru care se completează prescripții distincte.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține şi codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv țara, numărul paşaportului şi tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum şi prescripțiile eliberate pentru titularii de card european şi beneficiarii formularelor / documentelor europene.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre şi luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat ~~la~~ casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în prezentul contract, se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment scris la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j)- x) şi ab), se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment, la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) şi (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2013 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguratilor şi acordării vizei „bun de plată” facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale nu poate depăşi 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 12 Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea şi suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta 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 autorizației de funcționare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuție din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații şi se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri şi prescripții medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j)- x) şi ab) pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență

financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

j) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condițiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 98 alin. (1) lit. a) - d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013 şi nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. aa) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi ori până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora ajunge la valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

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) - h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ţ) şi v), 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 alin. (1) şi art. 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 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 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 şi lit. c) 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 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 şi lit. d) 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. 21 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părţilor – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul farmaciei declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte 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 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 legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE MEDICAMENTE ŞI
Preşedinte - director general,	MATERIALE SANITARE
	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al	
Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției	
relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. .....

Documentele*) pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- certificat de înmatriculare la Registrul comerțului nr. ..... sau actul de înființare .....,
- contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului
- cod unic de înregistrare nr. .....,
- dovada de evaluare a farmaciei nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - (farmaciştii şi asistenții de farmacie) - care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului nr. .....
- dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- program de lucru atât pentru farmacii cât şi pentru oficinele locale de distribuție,
- lista personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi şi număr ore/săptămână),
- Autorizația de funcționare nr. ....., eliberată de Ministerul Sănătății
- Certificatul de membru al Colegiului Farmaciştilor din România, avizat anual, pentru farmaciştii înregistrați in contractul cu casa de asigurări de sănătate.
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului
- Certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică - eliberat de Colegiul Farmaciştilor din România - filiala județeană

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

ANEXA 32

PACHET SERVICII DE BAZĂ LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii 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
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăţi)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăţi)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună

*) 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
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăţi)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăţi)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăţi)
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăţi)
5	Benzi pentru incontinenţă urinară		

*) 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 prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) convențională, din piele	2 ani
		c) geriatrică	2 ani
		d) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani
		b) combinată	2 ani
		c) din plastic	2 ani
		d) cu vacuum	2 ani
		e) geriatrică	2 ani
		f) modulară	4 ani
		g) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de şold	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani

NOTĂ:

1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat 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, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de 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

C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională	2 ani
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani
		e) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputaţie inter-scapulo-toracică	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani

		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de 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
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraţ metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de 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 vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/ Minerva	12 luni

		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/ fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni

9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de 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
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de şold		12 luni
6	Orteze şold - genunchi		12 luni
7	Orteze de şold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducţie	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) 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 excepția celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de	

		23,5	
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)	- - concentrator de oxigen	

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere.

CAPITOLUL II

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de dispozitivele medicale prevăzute la cap. I.

CAPITOLUL III

Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de dispozitivele medicale prevăzute la cap. I, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

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 unei prescripţii medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului prevăzut în anexa nr. 35 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condiţiile prezentelor norme.

(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 nr. 32 la ordin.

Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală şi numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat şi evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situații 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 pacienților cu stome permanente şi pentru dispozitive pentru incontinență urinară în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinență urinară permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinență urinară recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate unde este în evidență şi asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieşire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital, se află în relație contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieşire din spital va conține obligatoriu şi explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal – CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru dispozitivul medical şi declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi certificatul de naştere (în copie), cu codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale 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 prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic. În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență urinară permanentă se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

ART. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris 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 destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, aparținător sau împuternicit legal în acest sens sau se expediază prin poştă în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

(3) Criteriile de prioritate precum şi cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgență stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație şi se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia, precum şi de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților, în condițiile art. 117 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical 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 incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru 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 asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate 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 prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) şi (8). În cazul dispozitivului efectuat 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, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripția medicală.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică în mod corespunzător şi pacienților cu incontinență urinară permanentă.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia**:** membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu, fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal – CNP/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, 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, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de

acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 (1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă, în cazul decesului asiguratului în cursul unei luni.

ART. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

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,

- având sediul social în localitatea ....., judeţul/sectorul ..... str. ..... nr. ....., telefon ....., fax .....,

- se va menţiona şi punctul/punctele de lucru din judeţ cu informaţiile solicitate anterior, 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 anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

III. Dispozitive medicale furnizate

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 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 2013.

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 anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

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 autorizaţi şi 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 anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 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 asiguraţilor;

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 asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

c) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013, furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare precum şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat; modelul deciziei 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 în anul 2013 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, aprobat prin H.G. nr.117/2013.

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical 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 relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social şi punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguraților;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoțesc; validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale şi nu cel de dispozitive medicale.

i) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere

j) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

k) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație dispozitive medicale în ambulatoriu, precum şi orice modificare a acestuia pe parcursul anului

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare şi de punere în funcțiune 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 activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință şi a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleaşi cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății şi/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor şi informațiilor privitoare la asigurați, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

h) să emită, în vederea decontării şi să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută la art. 7 alin. (1) dar nu mai târziu de 30 de zile de la predarea dispozitivului, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru

dispozitivele medicale fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către acelaşi furnizor autorizat şi evaluat care a efectuat audiograma inițială pentru stabilirea diagnosticului, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinență urinară, fotoliile rulante şi aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

m) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

n) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative;

p) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului şi dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social cât şi pentru punctele de lucru precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcționeze sub incidența acestuia;

q) să asigure acordarea dispozitivelor medicale în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor

formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure după caz, acordarea dispozitivelor medicale în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, 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;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

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 şi 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 cel mai mic de vânzare cu amănuntul. 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 stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului, şi 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 a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează 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 stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă, în cazul decesului asiguratului în cursul unei luni.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul 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 însoțită de copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată 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.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii

dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) 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, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. ..... deschis la Trezoreria statului.

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea 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 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;

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) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) –l), o) şi q;

e) 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 care atestă furnizarea dispozitivelor medicale raportate în vederea decontării şi cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate, precum şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 alin. (1) lit. d) cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului şi a retragerii avizului de funcționare a acestuia;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, şi care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază /se modifică în condițiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) nerespectarea de către furnizori a obligației de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. a) – c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.117/2013 şi nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. p) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestuia.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor dispozitive medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 14 şi art. 15 alin. (1) lit. a) şi c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) – l), o) şi q se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) lit. b) şi c) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) lit. b) şi c) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) lit. b) şi c) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

X. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților – sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica 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. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Preşedinte - director general, ...	Reprezentant legal, ...
Director executiv al Direcţiei economice, ...	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA 1 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:

- 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
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr. ...../data ..... valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. ...../data ....., valabilă la data încheierii contractului;
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz .....,
- Avizul de funcţionare emis, după caz, de Ministerul Sănătăţii,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr. ....., pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- 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 la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Programul de lucru:
  - sediul social (după caz) .....
  - punctul de lucru .....
- Cerere/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 relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz

- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

*) Notă: Documentele solicitate în procesul de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

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 sănătății, cu modificările şi completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014

Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, Adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP/cod unic de asigurare ..... actul nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul specialist dr. ....., din unitatea sanitară ....., declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. .....

DECIDE

Art. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

.....

.....

pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de ..... pentru numitul ..... .

Art. 2 Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: .....

Art. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de ..... zile calendaristice de la data de .....

Art. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Preşedinte-Director General,
.....

Viza juridic – contencios
.....

Viza CFP

.....

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAȚI AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....
CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL ..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 35 A
- model –

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ŞI INCONTINENȚĂ URINARĂ NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă 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.	Luna	Nume şi prenume	Act	Decizie	Data şi semnătura de

talon		CNP/cod unic de asigurare	identitate	nr./data	primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35 B
- model –

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ŞI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă 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/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical

C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35 C
- model –

RECOMANDARE
PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate - inclusiv medicina de familie, unitatea sanitară cu paturi - spitalul ..... CUI……..
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

Nume, prenume medic ..... Cod parafă medic .....
1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului.....

4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....
5. Denumirea şi tipul dispozitivului medical recomandat:
(din anexa nr. 32 la ordin*))
.....
.....

Ştampila furnizorului de servicii
medicale

Data .....

Semnătura şi parafa medicului
.....

---

*) Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014

ANEXA 36
- model -

CONVENȚIE*)
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuție personală,

I. Părțile convenției

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., județul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general ....., şi

Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ..... cod parafă ..... Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau

eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuție personală, în vederea recunoaşterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……./2013 şi Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. ……./2013.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale şcolare/studențeşti numai pentru elevi, respectiv studenți; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă;

b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituționalizate şi numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament şi numai în condițiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate şi numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studențeşti numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentişti, dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studențeşti;

b) medicii care acordă asistență medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea−Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice;

d) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile şi compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studențeşti pentru elevi, respectiv studenți şi medicii dentişti, dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară şi panoramică,

(4) Prin medicii/medicii dentişti din cabinete şcolare şi studențeşti menționați la alin. (1) - (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice şi/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfăşurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte ale formularelor de prescripții medicale electronice cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenții, precum şi a prescripțiilor medicale electronice eliberate de aceştia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu şi fără contribuție personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau care eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor şi informațiilor privitoare la asigurați, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuție personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

f) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii şi studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reşedință; medicii respectivi au obligația 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 afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile şi numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice, pot prescrie

medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, conform specializării şi numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din unitățile şi compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

h) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice şi paraclinice i prescripția medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

i) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

j) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu la data prevăzută în convenția privind eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuție personală;

k) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la lit. j), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

ART. 5 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. k), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(2) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) şi la art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât şi pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic.

(6) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligației de la art. 4 lit.k) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

V. Încetarea şi rezilierea convenției

ART. 6 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu şi fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) 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 electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătăţii, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 7 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii;

a1) 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;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul care a încheiat convenţia;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) 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.

ART. 8 Situaţiile prevăzute la art. 6 şi la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) şi a5) 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. 7 lit. a) subcpt. a1), 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. 9 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 5 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. 10 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

---

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuție personală.

Pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile şi compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate şi unitatea sanitară în care îşi desfăşoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale şcolare şi studențeşti finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi, cu excepția dentiştilor/medicilor dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti.

ANEXA 37
- model -

CONVENȚIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti - recomandare de internare - formular cu regim special unic pe țară

I. PĂRȚILE CONVENȚIEI

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizație sanitară de funcționare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon .....

- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., având actul de înființare sau de organizare nr. ....., autorizația sanitară de funcționare nr. ....., dovada de evaluare nr. ....., codul unic de înregistrare ..... 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

staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr. .....

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare- ..... reprezentat prin ....., cu autorizație sanitară de funcționare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/orașul/comuna ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon .....

- Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS ....., prin contractul nr. ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....

II. OBIECTUL CONVENȚIEI

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ……../2013 şi Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. ……/2013.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/ cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2013.

IV. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele, unitățile medico-sociale şi cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitaliceşti acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unitățile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private şi de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Unitățile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor şi informațiilor privitoare la asigurați, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale 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 convenție, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. ÎNCETAREA ŞI REZILIEREA CONVENȚIEI

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/ centrul de dializă privat/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziție a acestora.

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea convenției.

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenției.

VI. CORESPONDENȚA

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. MODIFICAREA CONVENȚIEI

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate	Unitatea medico-socială/
Preşedinte - director general,	Unitate sanitară cu paturi/
	Cabinet de medicina muncii/
	Centrul de dializă privat
	Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 38
- MODEL -

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenție nr. .....
CAS .....

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut la data de ....., CNP/cod unic de asigurare ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de ..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultații .....

Motivele prezentării

.....
.....

Diagnosticul:

.....
.....
.....
.....

Anamneza:

.....

- factori de risc

.....

.....

Examen clinic:

- general

.....

.....

- local

.....

.....

Examene de laborator:

- cu valori normale

.....

.....

- cu valori patologice

.....

.....

Examene paraclinice:

EKG

.....

ECO

.....

Rx

.....

Altele

.....

.....

Tratament efectuat:

.....

.....

.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....

.....

.....

Tratament recomandat (în situația în care la externarea din spital se eliberează prescripție medicală se va înscrie seria şi numărul acesteia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană 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 în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

ANEXA 39 A

LISTA AFECȚIUNILOR CRONICE*) PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE**), MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU***)

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

1. Afecțiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)
5. Insuficiența renală cronică – dializă

B. Afecțiuni cronice pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

1. Proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C şi D (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 cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

C. Alte afecţiuni cronice

1. Boală cronică de rinichi - fază de predializă (G25)

NOTĂ:

*) În situaţia în care o persoană prezintă mai multe afecţiuni incluse în 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
- MODEL –

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM

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 că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate						
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale

Sediu social									
Punct de lucru*)									
.....									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

Notă: avizul direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în acest sens programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință.

ANEXA 39 C
- MODEL –

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
Localitatea: .....
str. ..... nr. .... tel./fax .....

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/județ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului şi sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/județ ....., tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

_____

rezilierea | |
|_____|
încetarea | |
|_____|
suspendarea | |
|_____|

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive ..... cu nr. ...../..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situației de fapt) şi în temeiul dispozițiilor art. nr. ..... din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, dispozițiilor art. nr. ..... din anexa nr. ..... la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 40

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice şi biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului şi numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.

5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante şi psihotrope, se aprobă conform Legii nr. 339/2005 privind

regimul juridic al plantelor, substanțelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice şi pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate, pe care furnizorii au obligația să le completeze corect şi la zi includ şi evidențele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor.

9. Toți furnizorii de servicii medicale medicamente şi dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.

În situația în care furnizorii utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor.

ANEXA 41

CHESTIONAR PRIVIND SATISFACȚIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit sa ne sprijine in ameliorarea performantei activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime

1. **Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut ? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment <u>din unitatea de primire</u>**

Cuvinte	**Ordinea prioritatii***
Curățenie	**.....**
Lux	**.....**

Aglomerație	**.....**
Dezordine	**.....**
Mizerie	**.....**
Disciplină	**.....**
Liniște	**.....**
Sărăcie	**.....**
Altul 1.....	**.....**
Altul 2.....	**.....**

***Bifati 1, 2 sau 3 in ordinea prioritatii**

2. **Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifati o singura varianta)**

	DA	**NU**
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. **Cum ati ajuns sa apelati la internare pentru spitalul nostru** (bifati una din variantele de raspuns):

a. V-ati prezentat direct la camera de garda
b. Ati avut trimitere de la medicul dumneavoastra de familie
c. Ati venit cu trimitere de la medicul de ambulator

d. Ati venit cu ambulanta

e. Alta situatie

4. Sunteti la prima internare sau la o reinternare?

a. Prima internare b) Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la inceput?	**1**	**0**
P2. Ați fost condus la explorări?	**1**	
P3. Ati făcut baie la internare?	**1**	**0**
P4. Ati fost informat pe intelesul dvs despre boala, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasa?	**1**	**0**
P6. Ati avut complicatii post-operatorii?	**1**	**0**
P7. Fiolele s-au deschis in fata dvs?	**1**	**0**
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijilor de care ați avut nevoie?	**1**	**0**
P9. Ati simtit nevoia sa recompensati prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multa atentie din partea acestora		

Apreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1 Total nesatisfăcătoare	2 Partial nesatisfăcătoare	3 Nesatis facator	4 Bună	5 Foarte bună	9 Nu am beneficiat/nu am observat

Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul șederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea post operatorie și ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condițiilor de cazare –salon (dotare, facilități)	1	2	3	4	5	
Calitatea grupurilor sanitare (băi+WC)	1	2	3	4	5	
Curățenia în ansamblu	1	2	3	4	5	

Ținând cont de toate cele menționate mai sus vă rugăm sa ne spuneți..

Cât de mulțumit sunteți/ați fost ?

Foarte nemulțumit	**Parțial nemulțumit**	**Nemultumit**	**Parțial mulțumit**	**Foarte mulțumit**
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil in această unitate v-ați intoarce aici?

Sigur NU	**Mai degraba NU**	**Poate**	**Mai degrabă DA**	**Sigur DA**

		da/poate nu		
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de unserviciu medical despre care știți ca este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	**Mai degraba NU**	**Poate da/poate nu**	**Mai degrabă DA**	**Sigur DA**
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte? /Ce v-a plăcut cel mai mult?.....

Dar negativ?/Ce nu v-a placut?

Elemente de socio-demografie (încercuiți situația care vi se aplică)

D1. Sexul 1 Masculin 2 Feminin

D2. Vârsta 1 < 20 de ani 2 20-29 ani 3 30-39 ani 4) 40-49 ani 5) 50-59 ani 6) 60-69 ani 7) 70 ani și peste

D3 Mediul de rezidență 1. Urban 2 rural

D4. Ultima scoala absolvită 1. Primară (14 clase) 2. Gimnazială (5-8) 3. Liceu 4. Facultate

D5. Starea civilă 1. Căsătorit 2. Necăsătorit 3. Concubinaj 5. Divorțat 4. Văduv

Notă: Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor art. 12 din Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulație a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare.